

GUÍA CLÍNICA

DEL

ARTE DE LOS PARTOS

POR

JUAN MARIA RODRIGUEZ

Miembro de la Academia de Medicina,
Catedrático de Química general en la Escuela Nacional Preparatoria,
de Clínica de obstetricia en la Escuela N. de Medicina,
Director de la Casa de Maternidad,
socio correspondiente
de la Sociedad Anatómica de Madrid,
de número
de la de "Historia Natural," "Humboldt" "Filoiátrica,"
&c., &c., &c.

Adoptada por la Junta de Catedráticos de la Escuela de Medicina como texto,
para uso de los alumnos de ambos sexos de la Clínica de partos.

SEGUNDA EDICION, CORREGIDA Y CONSIDERABLEMENTE AUMENTADA

MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE
Bajos de San Agustin, num. 1.

1878

A MIS DISCIPULOS:

HACE muchos años que me sirve de solaz, en mis ratos de tedio, una obrita que ojalá llegue á seros familiar: exuberante de bellezas científicas y literarias, llena está además de experiencia del mundo, como que ella fué el postrer destello de un brillante luminar cercano á su ocaso, el resúmen de una existencia toda consagrada al progreso y mejoramiento del Arte de los partos. El estilo de la obrita es epistolar, y su autor, el inolvidable Ed. C. J. Von Siebold, profesor de obstetricia de la Universidad de Gotinga.

En una de estas cartas, la XIII, donde se ocupa de la enseñanza que debe darse en los establecimientos de partos, se lee: .... "Hay otro escollo que un

director de Casa de Maternidad y Profesor de clínica obstetricial debe evitar de una manera inteligente, si quiere que sus discípulos aprovechen la instruccion que allí reciben, y es: que en lugar de hacer parteros para el público, prácticos para las villas y ciudades, les haga profesores de partos y médicos de hospital."

Von Siebold tiene razon: no es lo mismo ser una cosa que otra. ¡Cuántos profesores hay que no pueden ni saben ser parteros para el público de los grandes y pequeños centros de poblacion!

Penetrado de esta verdad, tratándose no solo de lo que atañe al arte de partear sino al arte de curar en general, he dado siempre preferencia á los conocimientos de aplicacion, mejor que á las teorías y erudicion científica; y hé aquí por qué, investido con el cargo de Profesor de Clínica de Obstetricia de la Escuela Nacional de Medicina y Director de la Casa de Maternidad, procuro que

de la enseñanza que os doy, más bien saquéis un buen acopio de medios para socorrer y salvar de la muerte á mujeres y niños, que un caudal de noticias, de opiniones (que generalmente adolecen de errores de raciocinio y carecen de verdades de observacion) que para nada os sirven, que nada valen ante las dificultades, que nada pueden ante los lances, á veces terribles, tan frecuentes en la práctica tocológica. Por eso tambien mis lecciones son llanas, sin atavíos; por eso, en fin, escribí para vosotros mis "Cuadros sinópticos," sobre la base del eclecticismo; quiere decir, *lo aplicable y lo mejor, venga de donde viniere.*

Agotada la primera edicion, y excitado por vosotros y por varios comprofesores que con una benevolencia que agradezco han aprobado mis Cuadros, he hecho la presente, la cual, además de estar expurgada de errores y defectos de que aquella adolecia, héla mejorado y aumen-

tado. De nuevo os la dedico. Vais á encontrar en ella, no lo dudéis, algo que contribuirá eficazmente á vuestro adelantamiento; porque, estad persuadidos (ésta al ménos es la clave de todo progreso), que escudriñando aquí, fundando allí, perfeccionando acá y allá, guardando fielmente las sanas tradiciones de antaño, y acogiendo cuanta reforma útil haya; por último, no deteniéndose jamás, se acaba, al fin, por avanzar.

TODO VUESTRO,

Juan María Rodriguez.

México, Octubre 1º de 1878.

I

CUADRO SINÓPTICO

De los signos del embarazo intrauterino, y manera de calcular la épooa de la preñez y del parto.

I. Signos del embarazo suministrados por la mujer.
(De presuncion y probables.)

Menstruacion.—*Se suprime;* pero la supresion de ella por otras causas es frecuente.

Digestion.—*Se trastorna:* ascos, náuseas, vómitos, constipacion *(comun)*, diarrea *(rara)*. Perturbaciones debidas á la *cloro-anemia* (malasia, pica, bulimia.)

Inervacion.—*Neuralgias* (dentaria y facial). *Neurósis* (raras). Hysteria. Eclampsía.

Circulacion.—Alteracion de la sangre *(aglobulia)*. Trastornos concomitantes (vér-

tigos, somnolencia, palpitaciones). Obstáculos mecánicos (várices, edemas, trombus.)

Respiracion.—Trastornos *mecánicos* progresivos, que disminuyen en la última quincena.

Secreciones.—*Glándulas salivares* (ptialismo). *Riñones* (aumento del agua y diminucion de las sales). *Albumina* (rara). *Pigmento* (paño, coloracion de la línea blanca, de la aréola del pezon; aréola lenticular). *Pechos* (picoteo, abultamiento; la aréola se agranda y forma relieve; tubérculos papilares, calostros y leche). *Flujo vaginal.*

Piel.—Rotura del tejido de Malpighi (*vetas* de la zona subumbilical.)

PALPACION.

MODIFICACIONES QUE SE ADVIERTEN EN EL CUERPO DEL ÚTERO.

Consistencia.—Blanda (cautchuc). *Sensacion quistica.*

Volúmen.—Aumenta gradualmente.	*Epigastro* á los 8½ meses: abajo á los 9. ————8º ————7º *Ombligo* 6º (poco más ó ménos.) ————5º ————4º *Púbis* 3º (arriba del estrecho superior.)

Forma.—1º piriforme; 2º esferoide; 3º ovoide.

Direccion.—De arriba abajo y de derecha á izquierda (raras excepciones.)

Posicion.—Torcido ligeramente sobre su eje longitudinal; la region izquierda es un poco anterior.

TACTO.

MODIFICACIONES QUE SE ADVIERTEN EN EL CUELLO DEL ÚTERO.

Consistencia.—Se reblandece de abajo arriba gradualmente (nulíparas, superficial; multíparas, total.)

Volúmen.—Su longitud es siempre mayor al principio y *desaparece* en la última quincena del noveno mes.

Forma.—En las nulíparas el cuello y su

cavidad son *fusiformes. El orificio cervical está* CERRADO *hasta el momento en que comienza el trabajo del parto:* el de tenca se *entreabre* al fin del embarazo y permite que penetre el tercio de la falanjete. En las multíparas el cuello y su cavidad son *escifuliformes. El orificio cervical está cerrado hasta el momento en que comienza el parto,* pero es DILATABLE: el de tenca *se entreabre* á los seis meses, y se va dilatando más y más hasta el fin del embarazo.

Direccion.—En el primer tercio del embarazo se dirige hácia abajo y adelante; despues se va inclinando atrás y á la izquierda.

Posicion.—Más bajo; luego se eleva hasta hacerse difícil el tocarle.

AUSCULTACION

DEL GLOBO UTERINO.

Soplo.—*Isócrono al pulso* (soplo-placentario, abdominal, uterino); inconstante y fugaz algunas veces.

PERCUSION.

Matitez.—(Solo se emplea para establecer el diagnóstico diferencial.)

II. Signos del embarazo suministrados por el feto: (signos de certidumbre.)

Palpacion.—*Desigualdades fetales* (percepcion de eminencias redondeadas y móviles, de las regiones dorsal y cervical del feto.)

Movimientos propios del producto (reflejos); *choques* (muy comunes); *sobresaltos*, *deslizamientos* (suelen verse en las mujeres flacas y en las nulíparas). Son un signo cierto de embarazo cuando se sienten claramente.

Traqueo abdominal (desde el 6º hasta el 9º mes). Acostando á la mujer en el decúbito supino, aplicando luego las palmas de las manos en los flancos y haciéndola volver poco á poco sobre el lateral derecho ó izquierdo, la mano que queda entre el col-

chon y el vientre siente que cae sobre ella un cuerpo sólido. Si con esta misma mano se hace entónces un empuje para desalojarle, la opuesta percibe un choque seco que un instante despues vuelve á sentir la primera.

Tacto.—*Traqueo vaginal y uterino* (desde el 7º hasta el 8º mes). Aplicando la yema del índice en el fondo del saco útero-vaginal anterior ó en el hocico de tenca, y haciendo un impulso violento hácia arriba, se percibe que un cuerpo sólido se desaloja y cae luego sobre el extremo del dedo. (La mujer deberá estar de pié apoyada contra un mueble, y el partero colocará la mano que quede libre sobre el fondo de la matriz). *Esta manera de determinar el traqueo, además de que molesta mucho á las mujeres, no permite las más veces percibir con la debida claridad el fenómeno del desalojamiento y los choques, por lo que es preferible el abdominal.*

Auscultacion.—*Latidos del corazon fetal.* Tic-tac, que se oye en alguno de los puntos del contorno del útero. *No son isócronos*

al pulso de la mujer. Término medio, 136. Máximum, 160. Mínimum, 112. Es muy conveniente, tanto por decencia cuanto para apreciar mejor el fenómeno, hacer uso siempre del *estetoscopio:* por medio de él se aproximan las paredes abdominal y uterina, y se desaloja el líquido amniótico interpuesto entre la matriz y el dorso del feto.

Además se oye mejor el punto en que se encuentra el máximum de intensidad de los latidos y hácia donde estos se prolongan, lo cual es indispensable para diagnosticar la *presentacion* y la *posicion.*

MANERA DE CALCULAR LA ÉPOCA DE LA PREÑEZ Y DEL PARTO.

Puntos de partida.—1º Desde el instante de la concepcion. 2º Desde el momento de la suspension de las reglas. 3º Desde el dia en que la mujer ha sentido por primera vez los movimientos del producto. 4º Por la apreciacion de los cambios que en los diferentes períodos del preñado sufren el cuerpo y el cuello del útero.

Advertencia.—Ninguna de las maneras de computar la época del embarazo y del parto es bastante para poder fijar con rigurosa exactitud la fecha del alumbramiento: los parteros más ejercitados pueden errar y yerran el cálculo en efecto, en más ó ménos dias. Hay que conformarse siempre, pues, con no errar demasiado.

Modo de hacer la computacion.—1º No habiendo signos ciertos que marquen la fecha precisa de la concepcion, el primer modo de calcular solo es y puede ser aceptable y seguro en los casos en que no haya habido más que un coito: cuarenta semanas despues será el parto. 2º Desde la fecha de la última menstruacion: cuéntense nueve meses solares ó diez lunares; el parto deberá tener lugar entre los 270 y 280 dias despues: lo cual equivale, y esto es más sencillo, á agregar 7 dias al cómputo de los nueve meses solares. Ejemplo: la última menstruacion fué el 15 de Julio de 1878; el parto probablemente se verificará el 22 de Abril de 1879. 3º Si hubiere de tomarse como punto de partida el dia en que la mu-

jer por primera vez sintió los movimientos, se contarán adelante cuatro meses y medio, más siete dias. Ejemplo. Fecha de la primera data, 30 de Enero; el parto acaecerá probablemente el 22 de Junio. 4º Esta computacion se hace teniendo presente lo dicho ántes respecto de las épocas en que tienen lugar generalmente las diversas modificaciones del cuerpo y del cuello de la matriz durante la gestacion.



II

CUADRO SINÓPTICO

De las presentaciones y posiciones del feto, y maneras de diagnosticarlas.

El conocimiento exacto de las diversas situaciones del feto y de los admirables movimientos que el útero le obliga á ejecutar durante el parto eutócico, son la base de las reglas que sirven de norma en los casos de dystocia ya previstos y de clave en las situaciones imprevistas; *el único fundamento racional sobre que pueda apoyarse la intervencion, cualquiera que sea, en los partos difíciles, peligrosos é imposibles.* La experiencia enseña que en casos de esta especie solo con su auxilio es posible apropiar á la naturaleza del obstáculo con que se tropieza la solucion más conveniente. El éxito

de la ejeeueion queda confiado despues á la destreza del operador.

Cada uno de los diámetros oblíeuos del estrecho superior divide á éste en dos mitades ó regiones: el dereeho, en region *ilíaca-izquierda-anterior* é *ilíaca-derecha-posterior;* el izquierdo, en *ilíaca-derecha-anterior* é *ilíaca-izquierda-posterior.*

Un plano trasverso divide al ovoide fetal en dos regiones, *cervical* y *pelviana:* otro longitudinal mediano en dos laterales, llamadas costados *derecho* é *izquierdo.* Cada una de ellas es suseeptible de aboearse eon el estreeho superior y este aboeamiento se denomina PRESENTACION.

Se llama POSICION á la relaeion que existe entre un punto determinado de la region presentada y eualquiera de los euatro que sirven de mira en el estreeho superior, á saber: las *dos eminencias íleo-pectíneas* y las *dos sínfisis sacro-ilíacas.* Los puntos de mira de las regiones presentables son: el *occipital,* si se presenta doblada la region eervieal; el *frontal,* si se aboea extendida; el *sacro,* en la presentaeion pelviana (las

llamadas presentaciones de *piés* y de *rodillas* se consideran únicamente como procidencias de ésta); el *acromio derecho*, en la del hombro derecho, y el *izquierdo*, en la del hombro homónimo.

Teniendo hoy mayor acopio de datos clínicos nacionales respecto de la frecuencia relativa de las posiciones del feto que cuando hice la primera edicion de mis cuadros el año de 1871, he creído necesario corregirlos en esta parte poniéndolas en el órden siguiente: 1ª ilíaca izquierda anterior, 2ª ilíaca derecha anterior, 3ª ilíaca derecha posterior, y 4ª ilíaca izquierda posterior.

En cuanto á la frecuencia relativa de las presentaciones, se observa: 1º la de *vértice;* 2º la de la *extremidad pelviana;* 3º la de *tronco*, y 4º la de *cara.*

PRESENTACIONES.		POSICIONES.
Vértice doblado.	Occipito	Ilíaca izquierda anterior.
		Ilíaca derecha anterior.
		Ilíaca derecha posterior.
		Ilíaca izquierda posterior.
Pelviana.	Sacro	Ilíaca izquierda anterior.
		Ilíaca derecha anterior.
		Ilíaca derecha posterior.
		Ilíaca izquierda posterior.

PRESENTACIONES.		POSICIONES.
Hombro derecho.	Acromio	Ilíaca izquierda (*dorso*) anterior. Ilíaca derecha (*dorso*) anterior.
Hombro izquierdo.		Ilíaca derecha (*dorso*) posterior. Ilíaca izquierda (*dorso*) posterior.
Vértice extendido.	Fronto	Ilíaca izquierda anterior. Ilíaca derecha anterior. Ilíaca derecha posterior. Ilíaca izquierda posterior.

CUADRO MNEMONICO.

PRESENTACIONES.	POSICIONES.
Occípito, sacro, acromio y fronto	Ilíaca izquierda anterior 1ª Ilíaca derecha anterior 2ª Ilíaca derecha posterior 3ª Ilíaca izquierda posterior 4ª

MANERA DE DIAGNOSTICAR LAS PRESENTACIONES Y POSICIONES.

I. Presentaciones: *A*. longitudinales. *B*. trasversales.

A. El diámetro longitudinal del útero es mayor que el trasverso.

B. El diámetro trasverso del útero es mayor que el longitudinal.

Esto es fácil de conocerse por la simple inspeccion y por la palpacion.

A'. Las presentaciones longitudinales son de vértice, de cara ó pelvianas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR MEDIO DE LA PALPACION DEL VIENTRE.

Aplicada la mano ampliamente abierta sobre el hipogastro, siente que un tumor duro esferoide está encajado en el estrecho superior; es de *vértice* ó de *cara.* No se siente tal tumor, la presentacion es *pelviana.*

Primer caso. Se siente un tumor pequeño (occipucio), precedido de otro cilindroide (nuca), que se continúa arriba con otro, cilindroide tambien, pero más grueso (dorso); es de *vértice occípito-anterior.* El tumor esférico es mayor (sincipucio), está precedido de un hundimiento angular (region occípito-dorsal) y á continuacion sigue el cilindroide mayor (dorso); es de *cara fronto-anterior.* Nada de esto se siente, ni tampoco se tienta la cabeza hácia el segmento superior del útero; es de *vértice occípito-posterior* ó de *cara fronto-posterior.* Segundo caso. Se siente encajado en la pélvis un cilindroide grueso, depresible, y en el fondo de la matriz se tienta la cabeza; el abocamiento es *pelviano sacro-anterior.*

No se toca lo primero, pero en el fondo se percibe con mucha mayor claridad la cabeza: la presentacion es *pelviana sacro-posterior.*

B'. Las presentaciones trasversas son del plan lateral derecho ó izquierdo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL POR MEDIO DE LA PALPACION.

Siguiendo con las manos la direccion que marca el tumor fetal, se toca la cabeza en cualquiera de las fosas derecha ó izquierda, y las nalgas en el punto diametralmente opuesto, izquierdo ó derecho. I. Cabeza hácia la izquierda y dorso adelante ó cabeza á la derecha y dorso atrás, presentacion del *hombro derecho.* II. Cabeza hácia la derecha, dorso adelante ó cabeza á la izquierda, dorso atrás, presentacion del *hombro izquierdo.*

DIAGNÓSTICO DE LAS POSICIONES POR MEDIO DE LA PALPACION.

Para fijarle basta precisar la direccion del plan dorsal, y cuando éste no sea tan-

gible, adonde se tientan las desigualdades fetales, el máximum de los movimientos propios del producto y la fluctuacion quística, caractéres propios del plan external, que una mano adiestrada en esta clase de pesquisas aprecia siempre con la claridad apetecible.

A. Posiciones relativas al abocamiento longitudinal.

Plan dorsal adelante.........
- á la izquierda, 1ª de vértice, de cara, pelviana.
- á la derecha, 2ª de id. id. id.

Plan external adelante ....
- á la izquierda, 3ª de id. id. id.
- á la derecha, 4ª de id. id. id.

B. Posiciones relativas al abocamiento trasversal.

Plan dorsal adelante, cabeza....
- á la izquierda, 1ª de hombro derecho. 1ª
- á la derecha, 1ª de id. izquierdo. 2ª

Plan external adelante, cabeza.
- á la derecha, 2ª de hombro derecho. 3ª
- á la izquierda, 2ª de id. izquierdo. 4ª

(1ª, 2ª, 3ª, 4ª: de los planos laterales.)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS PRESENTACIONES Y POSICIONES POR LA AUSCULTACION.

Por medio del estetoseopio puesto perpendieularmente sobre la region del vientre que se va á auseultar, aplieado de manera que las paredes útero-abdominales queden aproximadas euanto se pueda al dorso del feto, para lo eual es preeiso que por una eompresion suave y metódiea sea desalojado el líquido amniótieo interpuesto entre éste y la pared uterina, debe buscarse 1º, dónde se oyen los latidos del eorazon del feto; 2º, el punto donde se oyen más cereanos, más claros (punto máximum); y 3º, la direceion háeia donde se eontinuaren más; arriba, abajo, á dereeha ó izquierda. Para fijar eon toda precision el punto máximum de los latidos del corazon del feto deben auseultarse con órden y método las diversas regiones del vientre, primero delante y despues detrás, haciendo que al prineipio del exámen la mujer se aeueste en deeúbito

supino, y luego, sucesivamente, en el derecho y el izquierdo.

Si el punto máximum se hallare en cualquiera de las regiones de la pared anterior del vientre, el abocamiento es *dorso-anterior*, y la *posicion* 1ª ó 2ª conforme corresponda al lado izquierdo ó derecho: por el contrario; si está en las regiones látero-posteriores derechas ó izquierdas la presentacion es *dorso-posterior*, y las *posiciones*, 3ª ó 4ª Si partiendo siempre del punto máximum los latidos se prolongan más hácia arriba que lateralmente, y abajo, la presentacion es de *vértice* ó de *cara;* si se continúan más hácia abajo, *pelviana;* si trasversalmente, de *tronco.*

Cuando el punto máximum está en las fosas ilíacas la presentacion es de *vértice* ó de *tronco*, y se diferencian entre sí, en que los latidos se continúan más hácia arriba en el primer caso, y trasversalmente en el segundo. Si dicho punto está situado adelante é izquierda es 1ª *posicion de ambas presentaciones;* adelante y á derecha 2ª: atrás y á derecha 3ª, y atrás y á izquierda 4ª.

Cuando dicho punto está en la línea umbilical hácia la mitad inferior de los flancos, y los latidos se propagan más arriba que en otra direccion cualquiera, la presentacion es de *cara:* en cuanto á las posiciones, ellas siguen el órden marcado ántes. En fin; cuando el punto máximum está arriba de la línea umbilical, hácia la mitad superior de los flancos, y los latidos se prolongan más hácia abajo, el abocamiento es *pelviano:* las posiciones guardan el mismo órden que en las demás presentaciones.

Inútil es ocuparme de la manera de diagnosticar las presentaciones y posiciones del feto por medio del tacto vaginal: la que aconsejo ántes, mejor, por más de un motivo, que la práctica antigua, satisface completamente todas las exigencias del arte, segun lo tengo demostrado desde hace muchos años en la Clínica de la Casa de Maternidad que está á mi cargo. Esto no obstante, nunca está de más ejercitarse en aquella, siquiera pueda servir para ratificar ó rectificar la diagnósis de las presentaciones y posiciones del feto en casos dudosos.

III

CUADRO SINÓPTICO

De las leyes fundamentales de los fenómenos mecánicos del trabajo del parto en todas las presentaciones y posicion del feto.

Los fenómenos mecánicos del trabajo del parto tienen por objeto adaptar, lenta, sucesiva y favorablemente los diámetros del ovoide fetal á los del canal pelviano, á fin de que su expulsion tenga lugar de una manera natural y feliz para la madre y el hijo.

Este estudio es otro de los más importantes. Por medio de él, el práctico podrá allanar las más veces los obstáculos auxiliando ó supliendo á la naturaleza en los casos de dystocia. Sin él, su intervencion es no solo importuna é ineficaz, sino lo que es peor to-

davía, *dañosa y hasta criminal,* puesto que su impericia expone la salud y la vida de la mujer y del producto.

En el parto natural, sea cual fuere la presentacion y la posicion de un feto fisiológicamente desarrollado, no hay más que un mecanismo; solo los productos muertos ó pequeños dan lugar á excepciones irregulares. La dinámica del parto, ora sea natural, ora artificial, se reduce únicamente á que de una manera ú otra se combinen los movimientos de descendimiento y rotacion, de modo que alguna de las regiones del cuello del feto resulte al fin simétrica y exactamente colocada tras de la pared anterior de la excavacion pelviana, ó sea el cuerpo del púbis: *la anterior en la presentacion de cara, la posterior en las de vértice y nalgas, y las laterales derecha é izquierda en las de los hombros derecho é izquierdo,* si se tratare de la evolucion espontánea ó manual. La razon de esta admirable clave es, que siempre que el cuello resulte situado así, necesariamente tienen de quedar afuera del recinto del canal alguna de las dos

extremidades de los diámetros longitudinales mayores de la cabeza, el *occípito-mentoniano* y el *occípito-frontal:* acortados entónces, la porcion de ellos que está dentro de dicho recinto no puede oponer ya dificultad alguna á los movimientos subsecuentes, flexion y extension en torno del diámetro biparietal, y sale la cabeza por justos motivos considerada el supremo obstáculo del desembarazamiento áun en los partos eutócicos.

Es de advertir que los fenómenos mecánicos del parto nunca se suceden en el órden que son descritos en los libros de texto, sino que se combinan entre sí, de manera que acomodada la cabeza, v. gr., y reducida, por la contraccion del segmento inferior de la matriz, desciende luego y va girando á la vez hasta que llega al piso perineal, donde á poco comienza á doblarse ó extenderse, segun es la presentacion, y sale del canal.

1º PRESENTACION DEL VERTICE.

MOVIMIENTOS.

1º Diminucion de volúmen y flexion de la cabeza.—La circunferencia sub-occípito-frontal es reemplazada por la sub-occípito-bregmática. El diámetro sub-occípito-mentoniano es paralelo al eje longitudinal del feto. Por tanto, la cabeza se aboca mas favorablemente.

2º Descendimiento.—La cabeza se desliza por el canal hasta tocar con el vértice al piso perineal.

3º Rotacion.—El occipital gira hácia delante hasta que la pared posterior del cuello se pone en relacion con la del púbis. El tamaño de los diámetros longitudinales de la cabeza disminuye porque su extremidad occipital sale por el arco pubiano.

4º Extension.—La cabeza hace un movimiento de báscula en torno de su diámetro bi-parietal apoyándose en el arco del púbis y sale de la vulva.

Excepciones. El parto por el vértice se resuelve naturalmente en posicion *occípito-*

posterior-oblícua ó *posterior-directa* cuando el feto es pequeño ó la pélvis proporcionalmente amplia: únicamente así pueden hacer el movimiento de báscula los diámetros sub-occípito-mentoniano y bregmático sin que alguna de sus extremidades salga ántes fuera de la excavacion. En tales casos la flexion se exagera mucho, la region fronto-bregmática se apoya en el púbis, y el periueo se contrae y desliza por la nuca.

5º **Expulsion del tronco.**—El hombro anterior gira hácia delante y se coloca bajo del arco del púbis; el posterior recorre la curva sacro-perineal y se desprende el primero. Otro tanto sucede con respecto al diámetro bis-ilíaco.

2º PRESENTACION DE LA EXTREMIDAD PELVIANA.

(*La presentacion pelviana es la cefálica abocada al estrecho superior por su base.*)

1º **Diminucion de volúmen y flexion.**—Este movimiento tiene el mismo objeto que en el parto por el vértice.

2º Descendimiento.—La extremidad pelviana se desliza por el canal pelviano hasta que llega al piso perineal.

3º Rotacion y salida del tronco.—El diámetro bis-ilíaco gira para ponerse en relacion con los longitudinales del canal: la extremidad anterior se encaja bajo del arco del púbis; la posterior recorre la curva sacro-perineal y se desprende la primera. Lo propio sucede con el diámetro bis-acromial.

4º Rotacion de la cabeza.—La region occipital gira hácia delante hasta que la de la nuca se pone en relacion con la cara posterior del púbis. El occipital se sitúa sobre la sínfisis, lo que hace disminuya el tamaño de los diámetros longitudinales de la cabeza, puesto que su extremidad cervical se halla arriba del estrecho superior fuera del perímetro del canal.

5º Expulsion de la cabeza.—La cabeza hace un movimiento de báscula, toma punto de apoyo sobre el cuerpo del púbis, gira en torno de su diámetro bi-parietal y sale de la vulva.

Excepciones. Si la presentacion es sacro-posterior-oblícua y el occipital no gira adelante, la region fronto-bregmática se apoya en la pared posterior del púbis, la flexion se exagera y se verifica el desprendimiento.

Advertencia. Cuando el feto es pequeño con respecto á la pélvis porque la diminucion de su volúmen sea anómala *(detenimiento de desarrollo)* ó porque sea accidental *(parto prematuro)*, los movimientos mecánicos se hacen sin dificultad y el parto termina felizmente para la madre y el hijo; pero si el producto se ha desarrollado del todo, por lo comun hay que auxiliar á la naturaleza durante la expulsion de la parte superior del tronco y de la cabeza para evitar que sucumba, pues su vida está amenazada desde el momento en que se rompen las membranas y se derrama el líquido amniótico. ☞*La salida del meconio no es un epifenómeno de esta presentacion, como equivocadamente se ha supuesto, sino un indicio cierto de la asfixia del feto; por tanto es necesario intervenir.*☜

3º PRESENTACION DEL TRONCO.

☞*Siendo imposible este parto en la generalidad de casos, la regla es ejecutar la version.* (Véase mi tabla relativa.)

Excepciones:

1ª *Version espontánea.* Bajo el influjo de las contracciones orgánicas de la matriz, unas veces la extremidad cefálica (comun), otras la pelviana (rara), se aboca al estrecho superior ántes que se insinúe el trabajo del parto, ó durante él, ántes ó despues de que se hayan roto las membranas. Los fenómenos mecánicos consecutivos, en uno y otro caso, son iguales á los que tienen lugar en el parto por el vértice ó por la extremidad pelviana.

2ª *Evolucion espontánea.*

Condiciones. *Feto pequeño ó muerto, pélvis amplia, contracciones orgánicas enérgicas.*

MOVIMIENTOS.

1º Diminucion de volúmen.—Como en las otras presentaciones.

2º **Rotacion del tronco.**—El diámetro longitudinal del feto abandona al diámetro oblícuo del estrecho superior con quien está en relacion: la extremidad cefálica gira adelante hasta situarse sobre la rama horizontal del púbis, y la pelviana hácia la concavidad sacra, lo que no puede verificarse sin que el tronco se doble ántes en el sentido del costado que se halle presentado.

3º **Descendimiento.**—La parte lateral del cuello se pone en relacion con la cara posterior del púbis y el hombro se encaja bajo del arco.

4º **Flexion y expulsion del tronco.**—El tronco se dobla mucho más aún para disminuir su longitud; las nalgas recorren la curva sacro-perineal y salen de la vulva.

5º **Expulsion de la cabeza.**—El desprendimiento de los hombros y de la cabeza tiene lugar como en el parto por la extremidad pelviana.

4º PRESENTACION DE LA CARA.

MOVIMIENTOS.

1º Diminucion de volúmen y extension de la cabeza.—La circunferencia fronto-mentoniana reemplaza á la mento-bregmática. Aunque se dice que despues de ejecutado este movimiento la presentacion es más favorable, en realidad no es así, porque la reunion de la region occipital y de la superior del tronco arriba del estrecho superior da lugar á que la extremidad cefálica se aboque siempre de una manera desfavorable; por esto es tan lenta y dificultosa la marcha de este parto.

2º Descendimiento.—La cabeza se desliza y desciende únicamente hasta tres y medio centímetros debajo del estrecho superior, pues la longitud del cuello no le permite bajar más.

3º Rotacion.—La barba gira adelante hasta que la region anterior del cuello se pone en relacion con la pared posterior del púbis. El tamaño de los diámetros longitu-

dinales disminuye al momento en que la barba sale del arco pubiano.

4º **Flexion.**—La cabeza gira en torno de su diámetro bi-parietal, teniendo por punto de apoyo el arco del púbis, y sale de la vulva.

Excepcion. El parto por la cara solo puede resolverse en posicion *mento-posterior* ó *convertirse en la de vértice occípito-anterior* en el interior del canal, cuando el feto está muerto, muy pequeño, ó la pélvis es muy amplia; de otro modo es físicamente imposible que los diámetros sub-occípito-bregmático y mentoniano puedan ejecutar allí el movimiento de báscula en torno del bi-parietal.

5º **Expulsion del tronco.**—El tronco es expulsado por el mismo mecanismo que en el parto por el vértice.



IV

CUADRO SINÓPTICO

De las causas, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del aborto y del parto prematuro.

Definiciones.—El *aborto* consiste en la expulsion del huevo humano en el trascurso de los 180 primeros dias del embarazo, quiere decir, ántes de la época de la viabilidad legal del feto; y el *parto prematuro*, en la que tiene lugar entre los 181 y los 255, cuando el producto ya es viable legal y fisiológicamente.

Frecuencia.—El aborto es más frecuente en los primeros meses de la gestacion.

Causas.—*Todas las que de cualquier modo perturben la marcha regular del desar-*

rollo del huevo humano en las épocas prefijadas. Se dividen en:

PATERNAS.

Edad temprana, muy avanzada, estado valetudinario, sífilis.

MATERNAS.

Las mismas, y además: el temperamento sanguíneo, el nervioso; las enfermedades graves intercurrentes; los excesos, la miseria, las emociones morales vivas, las violencias exteriores, los esfuerzos, la equitacion, la danza, el uso del corsé y de vestidos ajustados; el mal movimiento de los carruajes; el trepidatorio de los ferrocarriles; el abuso y áun el uso moderado del coito; las enfermedades agudas y crónicas de la matriz; sus adherencias peritoneales ú otras diversas; la exfoliacion patológica de la caduca; los baños y pediluvios calientes; las sangrías; el uso de los emenagogos y de los medios abortivos, etc., etc.

OVULARES.

Las enfermedades que afectan al producto de concepcion ó á sus anexos, y en general todo aquello que comprometa de un modo grave su vida orgánica. *Su muerte hace mediata ó inmediatamente inevitable el aborto y el parto prematuro.* Heridas, fracturas, raquitismo intrauterino, amputaciones espontáneas, abscesos del thimus y pulmonares, hidropesía local ó general, hemorragia cerebral, kirrhonosis *(Lobstein)*, monstruosidades; congestion, inflamacion, apoplegía placentaria; degeneracion grasosa, fibroide, cretácea y vesicular de las vellosidades coriales; atrofia, insercion viciosa de la placenta; lesiones del cordon umbilical, etc., etc.

Síntomas.—1º Hemorragia; 2º contracciones intermitentes y dolorosas *(dolores de parto)*; 3º modificaciones del cuello uterino *(su reblandecimiento, diminucion de longitud y dilatacion)*; y 4º fenómenos concomitantes *(presentacion de la fuente amniótica, su madurez y su rotura.)* Estos

síntomas son tanto más acentuados cuanto más avanzado se halla el embarazo, y vice versa. *En los primeros meses la hemorragia es ménos abundante, las contracciones débiles, la rigidez anatómica del cuello uterino muy notable, la confusion ó identificacion completa de las cavidades imposible,* SOLO TOMA LA FORMA DE UN CANAL; lo cual depende de la disposicion que guardan aún los cambios anatómicos que sucesivamente tienen lugar en el útero durante la preñez, que no avanzan para irle haciendo pasar poco á poco al estado de *músculo hueco* más que con el trascurso del tiempo, ni llegan á trasformarle por completo sino al término natural del embarazo.

Diagnóstico.—Se funda primeramente en la existencia ó no existencia de la preñez, investigacion imposible casi siempre en el curso de los cuatro primeros meses. Luego que el cuello se halla dilatado y se puede tocar el huevo las dificultades desaparecen. Antes de llegar á este extremo los síntomas ya dichos dan bastante luz: sin embargo, *cuando el diagnóstico ofrezca tales dificul-*

tades que sea imposible saber si se trata de un aborto, de una simple congestion uterina ó de un hematómetro (retencion de ménstruos), conviene atender á la paciente como si en efecto se tratase de lo primero. En esa penosa incertidumbre es prudente obrar así, tanto más, cuanto que los medios recomendados para el caso *(reposo y lavativas laudanizadas)*, incapaces de perjudicarla en los dos últimos supuestos, por su reconocida eficacia pueden salvarla en el primero.

Se deben reconocer con sumo cuidado los paños en que se recoja la sangre vertida y examinar tambien los coágulos, la orina y las materias excrementicias, donde se suele encontrar al huevo íntegro durante el 1º y 2º mes ó al producto solo durante el 3º y 4º Desde este último en adelante es muy difícil que el aborto pueda pasar desapercibido, á no ser que por parte de la interesada y de su familia hubiese una crasa ignorancia, suma negligencia ó malicia. La prévia designacion de la presentacion del feto, que hasta el sexto mes es casi siem-

pre viciosa, irregular ó complicada, no tiene ninguna importancia sino cuando el embarazo está más avanzado; y la razon es, que sea cual fuere aquella, y á pesar de lo dicho, su expulsion se verifica entónces naturalmente y con más ó ménos facilidad.

El huevo es integralmente expulsado en los dos primeros meses, y ántes lo es el feto y despues sus anexos desde el tercero en adelante. Las excepciones son raras.

El desembarazamiento presenta sérias dificultades en el 3º y 4º mes: en los subsecuentes se hace como en el parto á término. La retension de los anexos del feto ocasiona hemorragias continuas ó periódicas, muy graves á veces, que no cesan sino hasta que han sido expulsados ó extraidos artificialmente, y tambien da lugar á la septihemia si entran en putrefaccion. Cuando se disocian insensiblemente, salen sin poder ser percibidos mezclados con los loquios. Este fenómeno ha sido mal apreciado por algunos profesores de mérito, quienes le han llamado *reabsorcion ó digestion de la placenta*, sin reflexionar que en los anexos del

feto hay elementos anatómicos irreabsorbibles, con mayor razon hallándose el útero entónces en condiciones más desfavorables todavía. *El producto y sus anexos pueden sufrir varias trasformaciones cuando, despues de muerto aquel, el huevo persiste aún dentro de la cavidad uterina.* La más frecuente es la *liquefaccion:* el feto se liquida y desaparece. En ciertas ocasiones se convierte en una masa esencialmente constituida por un jabon amoniacal impropiamente llamado *adipocira;* en otras se *momifica:* raras veces sufre la trasformacion cretácea *(lithopœdion).* * *Bajo cualquiera de estas formas, así como bajo la de simple mola, puede permanecer durante más ó ménos tiempo dentro del útero y ser expulsado algunos meses y áun años más tarde. (Mola carnosa, racemosa, etc.)*

Pronóstico.—El aborto es un accidente grave: el parto prematuro tiene menor gravedad. *El aborto entre el* 3º *y* 4º *mes es mu-*

* Momificado el feto, sus partes se incrustan de carbonato de cal y de magnesia, colesterina y pigmento amarillo.

cho más grave por las razones ya expuestas.

Profilaxia.—El tratamiento profiláetico consiste en alejar ó evitar las causas que pueden traer el aborto y el parto prematuro; mas, como se comprende, esto no está siempre al alcance de la ciencia, ni del médico, ni de los mismos interesados. Muchos abortos se evitan por medio de la higiene ó de un tratamiento apropiado, el cual debe plantearse de preferencia durante la vacuidad de la matriz. Las enfermedades intercurrentes deben ser combatidas como de ordinario.

Tratamiento curativo.—(Véase el cuadro núm. VI.)

Se fundan en el reposo y en la administracion de lavativas laudanizadas. Cuando estos medios no bastan, se emplean las inyecciones astringentes y el taponamiento.

El aborto es inevitable *cuando el período de expulsion está muy avanzado, la fuente rota ó el producto muerto.* En tales casos no hay otro remedio que favorecer la expulsion del huevo ó proceder á su extrac-

cion, si la hemorragia es muy considerable y la dilatacion del orificio se presta á la maniobra.

El uso del cuernecillo de centeno en el tratamiento del aborto y del parto prematuro (ya como hemostático ó ya como abortivo), durante la ocupacion del órgano, es más nocivo que útil.

Cuando el cuello no esté dilatado suficientemente *no se forzará el paso,* sino que se procederá á su dilatacion por medio del taponamiento, de las inyecciones de agua tibia *(Kiwisch)* y de la esponja preparada *(Kluge.)*

La rigidez anatómica del cuello jamás cede al uso del cloroformo, del opio, ni de la belladona, porque depende de que aquel no ha sufrido aún la trasformacion muscular, ó lo que es lo mismo, de que permanece todavía con la estructura peculiar del estado de vacuidad del órgano.



V

CUADRO METÓDICO

que señala las indicaciones y contraindicaciones del uso del cuernecillo de centeno y del zihuatlpatl (*Montanoa tomentosa*), y los modos de combatir la disodinia, ó sea el estado anormal de las fuerzas expulsivas.

INDICACIONES.

Aborto.—Consúltese la parte relativa al tratamiento de las hemorragias durante el aborto, en el Cuadro sinóptico núm. VI. Muchos profesores emplean el cuernecillo de centeno como hemostático y áun como abortivo si el aborto es inevitable; mas yo no lo hago así, ya sea que el útero esté ocupado por el huevo íntegro ó ya por alguna de sus partes solamente, porque la experiencia me ha enseñado que, salvo una que

otra excepcion, es más infiel y nocivo que útil y benéfico.

Única.—*Despues del desembarazamiento de la matriz previenen* las hemorragias consecutivas.*

Parto prematuro.—Véase el cuadro sinóptico ántes citado. En el puerperio, como en el aborto y en el parto á término.

Parto á término.—I. Durante el parto; en los casos de inercia uterina orgánica de la matriz, real y permanente, con tal que se hallen reunidas las siguientes condiciones: mujer multípara, embarazo simple intrauterino, buena conformacion de la pélvis y del canal útero-vulvar, orificio dilatado, membranas rotas, presentacion de vértice, posicion occípito-anterior, y la cabeza no esté cerca del piso perineal. Dósis: 4, 6 ú 8 granos cada quince minutos hasta que se obtenga el efecto deseado.

II. Despues del parto; en los casos de hemorragia por inercia anatómica, pero

* El EXTRACTO DE ZIHUATLPATL puede usarse á las mismas dósis á que se administra la ERGOTINA DE BONJEAN.

hasta que el útero cstć desembarazado; quiere decir, hasta despues de quc hayan sido expulsados ó extraidos la placenta, las membranas y los coágulos. Dósis. Medio cserúpulo de euerneeillo de centcno pulverizado en el aeto de ir á administrarle, eada dicz ó quinee minutos, hasta que el útero sc retraiga.

III. Deben usarse para prevenir las hemorragias puerperales mediatas en los casos que siguen: siempre que el embarazo se hubiere complicado con hidropesía del amnios ó con otros aeeidentes patológieos cualesquiera, molas, pólipos, tumorcs dc diversa naturaleza, por cjemplo, que hayan contribuido á dilatar exageradamente la matriz; despues de un parto rápido ó muy lento, de gemelos, cte., etc.

IV. Son muy útiles para abreviar la duracion de los cólicos uterinos puerperales llamados "entuertos." En este caso es más cómodo usar la crgotina de Bonjean.

Disodinia, ó estado anormal de las fuerzas expulsivas.

El estado anormal de las fuerzas expulsivas del útero, ó su insuficiencia, se refiere 1º, á que los dolores de parto no tengan el grado fisiológico de intensidad, frecuencia y duracion; y 2º, á su direccion viciosa. Los dolores de parto regulares se conocen en que de una manera gradual van siendo cada vez más fuertes, más frecuentes y más largos; adelantando á la par la dilatacion del orificio uterino, la concomitante formacion de la fuente amniótica, á su debido tiempo la rotura de ésta, y luego en fin, sucesivamente, la evacuacion del producto y de sus anexos: por lo mismo, su regularidad se refiere á la ineficacia de los dolores peristálsicos, en uno, algunos ó todos los períodos del trabajo, la cual tiene tres grados: 1º, contracciones tardías, ó *pereza uterina;* 2º, contracciones áun ménos eficaces por su ~~propia~~ fuerza y corto número, ó *atonía de la matriz*, y 3º, casi no hay contracciones, el útero está fláxido ó muy ligeramente con-

traido; en este caso, más comun durante el período de expulsion, se dice que hay *parálisis ó agotamiento de la matriz.*

Causas.—*A.* Debilidad general constitucional hereditaria ó congénita. Debilidad local, debida al desarrollo imperfecto ó incompleto de las fibras musculares, al poco espesor de las paredes uterinas, á abortos seguidos, á la repeticion de muchos partos, ya eutócicos, ya distócicos, á excesiva dilatacion del órgano por preñez gemelar, hidropesía del amnios; á la salida extemporánea de las aguas (caso muy comun): á esfuerzos prematuros; al uso de bebidas muy estimulantes y de los llamados medicamentos ecbólicos, como la ruda, sabina, el azafran, zihuatlpatle y cuernecillo de centeno (no muy raros).

B. Debilidad patológica, general ó local, debida al estado valetudinario, á hemorragias abundantes, á oblicuidades de la matriz, indigestion, plenitud del estómago, recto y vejiga de la orina; á cólicos uterinos *(dolores falsos)* provocados por acciones reflejas de diverso orígen, plétora, in-

flamacion, degeneracion, reumatismo y espasmo uterino; á exploraciones repetidas y bruscas; á neuralgias y neurosis, á causas morales, etc.

Pronóstico.—La disodinia durante el período de dilatacion no tiene grandes peligros, siempre que estén bien y en órden las demás condiciones relativas á la madre y al producto. En el periodo de expulsion tiene más ó ménos gravedad, segun el grado que alcanzare la insuficiencia. *El traumatismo puerperal y sus consecuencias están en razon directa de la atonía y del agotamiento de la matriz.* Origina á menudo la parálisis de la vejiga, la endocistitis, metritis, metroperitonitis, vaginitis simple y gangrenosa, el infarto de los ligamentos anchos, flegmones de las fosas iliacas y periuterinos, hemorroides, la muerte del feto, etc., etc. La disodinia despues de la salida del producto es fuente de hemorragias inmediatas y de sus consecuencias próximas ó remotas.

Tratamiento.—Antes de todo es preciso inquirir si la disodinia en realidad depende

de la ineficacia de las contracciones uterinas: es cosa muy comun, por desgracia, oír que se atribuya á pereza, á inercia de la matriz, lo que es originado por otras causas muy diversas, v. gr.: falta de proporcion del calibre del canal y del volúmen del feto, presentaciones viciosas, posiciones inclinadas, irregulares, complicadas, oblicuidades de la matriz, vientre en alforja, salida anticipada de las aguas, acorazamiento pelviano (estas dos son muy frecuentes entre nosotros). Los peligros de esta rara manera de ver las cosas, á todas luces son funestísimos; de aquí la necesidad de recomendar á los que se dedican al arte de los partos, que ántes de decidirse á obrar sobre la potencia examinen bien si la resistencia es normal ó no. *La inercia real ó idiopática del útero es rarísima;* por lo mismo, para llenar concienzudamente la indicacion es absolutamente preciso reconocer ántes con minuciosidad el estado de cada uno de los factores que directa é indirectamente toman parte en el desembarazamiento de la matriz. Hallada la ra-

zon de la disodinia, puede eombatírsele luego eomo sigue:

Disodinia por los motivos designados en A.	Esperar: sostener la moral y las fuerzas, con el sosiego, la calma, cl sueño y alimcntos sencillos. Si la terminacion urgiero de parte de la madro ó del producto, procédase á hacer el parto artificial.

*Disodinia por las causas designadas en **B**.*

Indigestion, replesion del estómago recto, vejiga de la orina.	Vomitivo, purgante, enema laxante, catcterismo de la uretra.
Neurosis, neuralgias, espasmo del cuerpo ó del orificio uterino, dolores falsos de órden rcflejo...	Pociones antiespasmódicas, opio, cloral, cloroformo, inyeccion subcutánea de éter, cloroformo ó sal de morfina.
Esfuerzos exagerados, cansancio, abuso de bebidas estimulantes y medicamentos ecbólicos, traumatismo médico...	Descanso, opio, baño general tibio, inyecciones emolicutes, cloroformo.
Oblicuidad uterina...............	Vendaje y posicion conveniento.
Plétora general ó local.........	Sangría general proporcionada.
Metritis, rcumatismo uterino.	Emolientes, narcóticos, y en caso necesario parto artificial.
Enfermedades concomitantcs	Tratamiento apropiado y parto artificial.

Si la inercia aparente dependiere de mogostocia fetal ó pélvica, la conducta del práctico debe normarse á llenar la indicacion conforme á cada caso. Véanse los cuadros VII, VIII, IX y X, donde se encuentran detalladas las indicaciones del parto manual, de la version, del forceps y de la embriotomía.



VI

CUADRO METÓDICO

Del tratamiento de las hemorragias que sobrevienen en el embarazo, ántes, en el acto y despues del parto.

I. Hemorragias determinadas por el desprendimiento parcial ó total de la placenta implantada normal ó viciosamente.

Procedencia. La sangre que la mujer vierte procede por lo comun de la placenta materna. La rotura de los vasos cotiledonarios y del cordon es rara.

TRATAMIENTO.

Medios generales aplicables á las hemorragias leves y graves.—*A*. Vaciar el recto y la vejiga.—Situacion horizontal.—

Reposo absoluto.—Elevar la pélvis.—Silencio.—Media luz.—Aire fresco.—Bebidas acidulадas y frias.

Aborto.—Los medios comprendidos en A, y despues

B. Lavativas laudanizadas. *(Agua, dos onzas; láudano de Sydenham, doce gotas, para una lavativa que se aplicará cada media hora, cada hora ó cada dos, segun fuere la frecuencia, la intensidad y la duracion de las contracciones uterinas, vigilando el efecto fisiológico del opio.)*—Inyecciones astringentes. *(Agua, una libra; alumbre, una onza.)* Taponamiento hasta conseguir el efecto hemostático, ó si esto no fuere posible porque el aborto sea inevitable, hasta cuando el cuello se dilate.—Desocupacion del útero.

Parto prematuro.—Los medios recomendados en A y B. Cuando á pesar de ellos la hemorragia continuare, el taponamiento deberá prolongarse hasta que se logre la dilatacion ó cuando ménos la dilatabilidad del cuello uterino; luego se procederá á desocupar al útero conforme á

C. Perforacion de las membranas y version inmediata si el producto se presentare por el tronco. Si la presentacion es regular, si la hemorragia continúa despues de rotas las membranas y las contracciones son débiles y lejanas, cuernecillo de centeno. *(Cada diez minutos medio escrúpulo de buen cuernecillo pulverizado recientemente, hasta que se obtenga el objeto deseado.)* Si la hemorragia continúa, version, cuando la cabeza se encuentre arriba del estrecho superior; forceps, si se halla en la excavacion ó en el estrecho inferior; extraccion directa manual ó con el auxilio del gancho romo aplicado á las íngles ó á las corvas si la presentacion fuere de asiento ó de rodillas.

Cuando la hemorragia fuere leve y la determinare el despegamiento de la placenta implantada en la porcion inferior de la matriz *(placenta prévia)*, el tratamiento de pronto será el marcado en A, B y C. Pero si fuese grave, primitiva ó consecutivamente, una vez logradas por medio del tapon la hemostasis y la dilatacion del orificio, se procederá al desembarazamiento conforme

sigue: *Insercion marginal.* Rómpanse las membranas penetrando al útero por el sitio del desprendimiento, y luego hágase la version podálica. *Insercion central.* Despéguese toda la placenta y extráigasele del canal. Si las contracciones uterinas son regulares, el feto estuviese muerto y abocado por el vértice, y la hemorragia se contuviere por el solo hecho de haber extraido la placenta, déjese abandonado el resto del parto á los esfuerzos naturales. Pero si el feto vive, una vez despegada y puesta fuera la placenta, extráigasele presto ejecutando la version podálica. (Simpson.)

Parto á término.—Se emplean los mismos recursos que se han señalado en A, B y C, *excepto las lavativas laudanizadas y las inyecciones astringentes.* Cuando el cuello no está dilatado ni es dilatable, se recurre al taponamiento con el doble objeto de contener la hemorragia y determinar esa dilatacion ó dilatabilidad; pero como en esas circunstancias dicho medio puede convertir en interna la hemorragia externa, además del tapon se aplicarán compresas á

los lados del útero, se sujetarán por medio de un vendaje convenientemente apretado, y se vigilará cuidadosamante *el estado general de la enferma*, pues es lo único que en la generalidad de casos la denuncia.—(Vértigos.—Zumbido de oídos, desfallecimientos.—Bostezos.—Pandiculaciones.—Enfriamiento.—Palidez.—Lipotimias.—Convulsiones.—Síncope.)

Cuando se encuentre ya el cuello dilatado ó dilatable, ó luego que esto se consiga por la aplicacion del tapon, se romperán las membranas. Si las contracciones son lejanas y poco intensas y si no hay contraindicacion expresa se administrará el cuernecillo de centeno; mas si la hemorragia fuere muy considerable no se apelará á este medio, sino que desde luego se procederá á evacuar el útero por medio de la version, del forceps ó de la extraccion manual, conforme queda dicho en C.

Si la hemorragia es muy considerable y los medios que se han recomendado ni la contienen ni procuran la dilatacion ó la dilatabilidad del cuello, se desbridará éste

haciendo incisiones laterales de cinco á siete milímetros de longitud, é inmediatamente despues se practicará el parto manual. NUNCA SE RECURRIRÁ AL PARTO FORZADO.

Como la hemorragia depende en ciertos casos: 1º, de que el producto arrastra consigo las membranas intactas; y 2º, de la cortedad natural ó accidental del cordon umbilical, en el primer caso deberá romperse la fuente tan luego como el cuello esté ampliamente dilatado; en el segundo, se procederá á extraer al producto siguiendo para la extraccion los preceptos que quedan consignados en C.

DESPUES DEL PARTO.

INMEDIATA.—Extraccion de los anexos del feto y de los coágulos contenidos en la cavidad uterina.—Compresion de la aorta.—Excitar la contractilidad del tejido. *Cuernecillo de centeno.—Instilacion de éter sulfúrico sobre las paredes del vientre.—Defensivos frios.—Fricciones.—Compresion uterina exterior.* Inyecciones intraute-

rinas de agua fria, zumos de limon y de naranjas agrias, vinagre, agua alcoholizada; solucion de comelina, de alumbre, de percloruro de fierro de Pravaz.—Revulsivos debajo de los senos ó entre los omoplatos.—Compresion uterina por medio de compresas y de un vendaje convenientemente ajustado.

MEDIATA.—Los medios comprendidos en A.—Cuernecillo de centeno ó ergotina de Bonjean. *(Agua de canela, cuatro onzas; ergotina, una dracma; jarabe de azahar, dos dracmas. Cucharada sopera cada quince, treinta ó sesenta minutos, segun los casos).* Compresion uterina exterior.

II. HEMORRAGIAS DETERMINADAS POR LA ROTURA DEL ÚTERO, DE LA VAGINA, DE LA VULVA Y DEL PERINEO.

CAUSAS. Alteracion de estructura de las paredes del útero y de la vagina, excesiva actividad é irregularidad de las contracciones, falta de proporcion entre el volúmen del feto y el calibre del canal, administracion imprudente de los ocytócicos *(cuernecillo de centeno y zihuatlpatl)* en las presentaciones viciosas ó complicadas y en las po-

siciones desfavorables, poca destreza ó violencia en la ejecucion del parto manual al practicar la version, en la aplicacion del forceps y del cefalotribo, etc., etc.

SÍNTOMAS. La *rotura del útero* determina en el acto un dolor vivísimo, la mujer siente que algo se ha desgarrado interiormente, y sobreviene desde luego una hemorragia interna, ó interna y externa, acompañada de los signos objetivos y subjetivos propios de cada una de ellas. Si la rotura interesa todo el espesor de la pared del útero y es considerable, el producto pasa parcial ó totalmente á la cavidad peritoneal: por medio de la palpacion se percibe entónces la deformacion del globo uterino y se sienten fuera de dicho órgano las desigualdades fetales. Cuando el desalojamiento es completo no se toca más por el orificio de la matriz la region que se habia presentado. En los casos en que la mujer sobrevive á la hemorragia se desenvuelve una violenta peritonitis y sucumbe *(rarísimas excepciones).*

En la *rotura de la vagina* se presentan los mismos síntomas si el sitio de ella es el

fondo del saeo posterior, el más débil, y si el produeto ha pasado á la eavidad peritoneal. Cuando el sitio de aquella es diverso, se produee únieamente la hemorragia externa, como sucede á veees en las roturas de la vulva y del perinéo.

Tratamiento.—El general (A). *Habiendo mostrado la experiencia que el arte es del todo impotente siempre que la rotura de la matriz tiene lugar en los seis primeros meses de la preñez, es unánime el consejo de renunciar á todo género de intervencion directa;* mas si el producto ya es viable, está vivo, y ha pasado á la eavidad peritoneal, es eomun preeepto el praeticar la GASTROTOMÍA. Si la mujer estuviere en trabajo de parto y el orificio áun no se halle dilatado, GASTROTOMÍA. Si lo estuviere y el feto no hubiese salido mas que en parte por la rotura, PARTO MANUAL, VERSION, FORCEPS, segun fuere el easo. Si esto es imposible, GASTROTOMÍA.—En las *roturas simples de la vagina*, así eomo en las de la vulva y del perinéo, eomplicadas de hemorragia, se emplearán los hemostáticos. *(Alum-*

bre, percloruro de fierro, comelina, zumos ácidos.)

En los easos de *trombus* naturalmente rotos ó abiertos porque haya sido indispensable la interveneion quirúrgica, se emplearán los mismos medios, y áun el taponamiento si fuere necesario. Una esponja impregnada de alguno de los líquidos hemostátieos basta en la generalidad de los easos.

III. Las *epixtasis*, la *gastrorragia*, la *enterorragia*, etc., ete., se eombaten como de ordinario.



VII

CUADRO METÓDICO

De las principales reglas para hacer la extraccion manual del feto.

La EXTRACCION MANUAL consiste en sacar al feto del canal útero-vulvar con solas las manos, cuando se presenta natural ó artificialmente por la extremidad pelviana y es indispensable terminar el parto.

INDICACIONES.—1ª Siempre que las circunstancias del parto agripino no sean del todo favorables á la marcha fisiológica del trabajo, como sucede frecuentemente, y con particularidad en las primíparas, y esté comprometida la vida del feto *por la compresion que ambas placentas sufren desde que el útero se retrae para llenar el vacío que dejan las aguas vertidas en su mayor*

parte ó en su totalidad, lo que se revela por el escurrimiento del meconio algun tiempo despues de la rotura de las membranas ó por la que sufre tambien el cordon umbilical durante la expulsion del tronco y de la cabeza.

2ª Despues de que se haya ejecutado la version podálica ó pelviana, si faltan las contracciones regulares ó se presenta alguno de los accidentes que demandan la pronta terminacion del parto. *(Hemorragia, eclampsía, salida del cordon umbilical irreducible, síncopes, etc., etc.)*

CONDICIONES DE LA OPERACION.—Dilatacion completa ó al ménos suma dilatabilidad del orificio uterino y membranas rotas. La mujer deberá estar acostada como si fuera á hacerse la version, *cuidando de que las nalgas se hallen afuera del borde de la cama.* Se tendrán prevenidas cintas anchas para lazar los piés en caso necesario, y además estará dispuesto todo aquello que se emplea con ventaja para volver á la vida á los niños que nacen en estado de muerte aparente.

TIEMPOS DE LA OPERACION.—1º, *extraccion de las extremidades inferiores y del tronco; 2º, de los brazos; 3º, de la cabeza.*

MANUAL OPERATORIO.

PRIMER TIEMPO.—*A.* Si la extremidad pelviana no ha pasado del estrecho superior y áun está movible el feto, se irá en busca de los piés, introduciendo la mano correspondiente segun se dijo al hablar de la version. I. *Los piés están doblados sobre los muslos:* se toman lo mejor que se pueda y se extraen directamente. II. *Están extendidos sobre el tronco:* llegada la mano hasta las rodillas se coloca el pulgar en una de las corvas, con los demás dedos se toma la pierna más accesible, y se la hace deslizar luego con suavidad por el plan external hasta sacarla del útero: despues se ejecuta eso mismo con la que queda dentro. *Si la posicion es sacro-posterior y no se pudieren tomar los piés por delante, se colocará á la mujer en las posturas inglesa ó alemana y se operará por detrás.*

Cuando la extremidad pelviana se en-

cuentra en la excavacion y falta la movilidad del feto, *no se va en busca de los piés como en el caso anterior*, sino que introducida la mano correspondiente se lleva el índice hácia el pliegue inguinal del miembro que esté delante, se engancha con cuidado, y se tira abajo y atrás para hacer bajar la extremidad pelviana: tan luego como esto se logra se introduce la otra mano, se engancha la ingle del miembro posterior, y se tira entónces de ambas en el propio sentido hasta conseguir que los miembros y las nalgas salgan de la vulva. Si no fuere posible ejecutar la maniobra porque la extremidad pelviana esté enclavada ó porque las íngles no pudieren ser tomadas con seguridad, se hace uso del *gancho romo*, que se guía con las manos, teniendo cuidado de no herir las partes genitales del feto ni contundir las de la madre. Antes de tirar con él, el operador debe asegurarse de su perfecta colocacion. Despues de cada traccion se eleva un poco el instrumento para que la circulacion del miembro no se dificulte. *El gancho no debe emplearse más que en casos muy precisos*,

B. Cuando los piés estén dentro del útero ó en la parte superior de la vagina, se toman del mismo modo que para praeticar la version y se les conduee afuera de las partes genitales.

Extraidos los piés, si los dedos ven háeia atrás *(posiciones sacro-anteriores)*, se envuelven aquellos primeramente en un lienzo para impedir que se resbalen de las manos, se aplieau los pulgares eneima de los talones y los otros dedos sobre el dorso de eada pié, y se tira de ellos abajo y atrás direetamente haeiendo al mismo tiempo un movimiento rotatorio. A medida que deseiendan irá tomándoseles más arriba (lo más eerea posible de la vulva de la mujer), de las pantorrillas, de las rodillas y de los muslos: luego que las eaderas se desprenden los pulgares se aplican sobre la region lumbar y los demás dedos sobre los huesos ilíaeos.

En el momento que apareee el ombligo se tira de la extremidad plaeentaria del eordon, y si éste se halla entre los muslos *(cabalgamiento)* se afloja lo suficiente para pa-

sarle por debajo de uno de los miembros. *Si esto no pudiere ejecutarse, lo que es muy raro, se le aplican dos ligaduras arriba del ombligo ó de las nalgas, segun sea el caso, distantes entre sí tres ó cuatro centímetros, y se corta en el intermedio: hecho esto se termina el parto prontamente.*

Si los dedos de los piés ven hácia delante *(posiciones sacro-posteriores)*, al ir ejerciendo las tracciones se advierte que giran primero hácia un lado y luego atrás: desde el principio de la maniobra se ayuda ó se insinúa este movimiento en torno del eje longitudinal del feto, tirando un poco más del miembro situado adelante; luego que la pélvis haya entrado en la excavacion, uniformemente de ambos; y al llegar al piso perineal, más del que quede detrás: en una palabra, *debe imitarse á la naturaleza, para lo cual es preciso tener muy presentes las leyes fundamentales de los fenómenos mecánicos del parto agripino.* ☞ *Las tracciones se ejecutarán durante los dolores, y para facilitar la extraccion, un ayudante experto comprimirá el fondo del úte-*

ro hácia abajo y atrás miéntras persista el dolor. ☜ Esta regla no tiene otras excepciones que cuando accidentes muy graves y apremiantes hagan del todo indispensable la terminacion pronta del parto.

Segundo tiempo.—Aun en aquellos casos en que se han ejecutado fielmente las reglas anteriores, se observa con frecuencia que los brazos se levantan hácia los lados de la cabeza: este levantamiento unas veces se hace por delante y otras por detrás, y se reconoce por la situacion relativa que guardan los ángulos de las escápulas. *Si se ha verificado por delante, éstos están léjos de la columna vertebral, y si por detrás, se hallan cerca de ella.* Se practica la extraccion haciéndoles recorrer sucesivamente el mismo camino que trajeron, empezando siempre por el posterior. Comiénzase por elevar al tronco con una mano, y luego se introduce el índice y el medio (ó toda ella si fuere necesario) de la que con más comodidad pueda ejecutar la maniobra, yendo *por el plan dorsal del feto si el levantamiento es anterior y por el external si es*

posterior, llevándola á lo largo del hombro y del brazo hasta la articulacion del codo, y despues se dobla ésta deslizando el antebrazo y la mano *por la cara y el pecho* en el primer caso, y *por el occipital*, *por la nuca y el dorso* en el segundo, hasta extraer al miembro. Para desprender al brazo anterior se baja el tronco poniendo préviamente á salvo al cordon, y en cuanto á lo demás se procede de un modo semejante.

TERCER TIEMPO.—Este tiempo es sin duda el más importante de la extraccion manual y á menudo el más difícil de los tres, con particularidad si falta el socorro de las contracciones uterinas. Cuando no existan debe provocárseles por medio de fricciones abdominales, de la refrigeracion súbita de la pared del vientre, etc., etc., *pero nunca por el cuernecillo de centeno*. Si la cara del feto ve hácia atrás, se toma á éste de los piés y se le levanta con la mano derecha; luego se introduce la izquierda hasta meterle el índice y el medio dentro de la boca ó situarlos á los lados de la nariz, y se deja descansar al tronco sobre el antebrazo: li-

bre ya la mano derecha, se introducen el índice y el medio de ella entre el occipital y el púbis, y á la vez que por un movimiento combinado de ambas manos se dobla la cabeza, se conduce al tronco hácia el vientre de la mujer.

Hay ocasiones, sin embargo, que no prueba esta maniobra; entónces puede ocurrirse con ventaja á la que me es peculiar, que ha surtido siempre que ha fracasado la anterior como consta á varios profesores mexicanos, y que consiste en *llevar los dedos de la mano izquierda hasta el occipital, abatir con ellos esa region para doblar la cabeza, y al propio tiempo levantar al feto, tomado de los piés con la derecha desde el principio de la maniobra, y conducirle sobre el vientre de la mujer;* ó á esta otra, conocida ya desde Celso, que consiste en tomar los piés como en el procedimiento anterior, llevar los dedos solo hasta la boca para doblar la cabeza, y ejecutar el movimiento hácia el vientre de la mujer, al mismo tiempo que un ayudante experto ejerce una fuerte compresion sobre el fondo

de la matriz, á través de la pared abdominal, arriba del cuerpo del púbis. *La maniobra de Praga* es muy peligrosa.

Cuando la cabeza está doblada dentro de la excavacion y la cara mira adelante, se le extrae manteniendo la flexion con los dedos de alguna de las manos introducidos en la boca, y llevando luego al feto con la opuesta, atrás, hácia el dorso de la mujer; mas si se hallare extendida y en el estrecho superior no hay otro arbitrio que ejecutar la *maniobra de Mad. Lachapelle*, descrita en todos los tratados de obstetricia.



VIII

CUADRO SINÓPTICO

De las indicaciones del uso del forceps y de su manual operatorio.

Definicion.—El forceps es una gran pinza inventada por *Chamberlen* y perfeccionada por *Levret*, destinada á tomar con toda seguridad la cabeza del feto á término para situarla convenientemente en el canal pelviano, extraerla de él, ó con ambos objetos á la vez, á cuyo fin se halla tambien dispuesta de manera que pueda introducírsele á la excavacion y hasta el estrecho superior.

Lugar propio y requisitos indispensables para aplicar el forceps.

Para emplear el forceps *es preciso que la cabeza esté inmóvil dentro ó fuera del úte-*

ro y en el recinto de la excavacion. Se emplea asimismo, cuando la cabeza estuviere aún en el estrecho superior *y fuere imposible hacer la version,* si se halla fija ó se le puede fijar mediatamente por medio de la compresion abdominal. Antes de proceder se deben diagnosticar con la posible exactitud la *presentacion* y la *posicion*, y al proceder se pondrá mucho cuidado y se ejecutará con calma la maniobra.

Cuidados preparatorios.

Se coloca á la mujer como para hacer la version; se vacian préviamente la vejiga y el recto; *el cuello uterino debe estar dilatado ó muy dilatable, rotas las membranas, y el canal no opondrá un obstáculo serio al paso del instrumento.* Para introducir las cucharas se les calienta ligeramente en agua tibia y se engrasan despues por su superficie externa.

Indicaciones.—Prévio esto, el forceps se aplica en los siguientes casos:

I. Cuando se dificulta el trabajo porque la cabeza no puede ejecutar alguno ó algu-

nos de los movimientos del parto *(flexion, extension, rotacion)*.

II. En la inercia real y permanente cuando los ocytócicos están contraindicados. *(Véase el Cuadro metódico núm.* V.)

III. Siempre que hubiere necesidad de vencer la resistencia que naturalmente opone á la marcha regular del trabajo la falta de acomodamiento ó de proporcion debida entre el calibre de los canales pelviano y vulvo-uterino, y el volúmen del feto, con tal de que dicha desproporcion no presente un obstáculo absoluto é insuperable á la aplicacion de la pinza ni á los movimientos y tracciones que por medio de ella se ejecutan. *(Estrechamientos de la pélvis hasta* 8 *centímetros, resistencia del canal vulvo-uterino, fetos muy desarrollados, macrocéfalos, hydrocéfalos, hydrópicos, cortedad natural ó accidental del cordon umbilical, etc., etc.)*

IV. En todos aquellos casos, por último, en que un accidente cualquiera que amenace la salud ó la vida de la madre y del feto exija la pronta terminacion del parto. *(He-*

morragia, eclampsia, síncope, sufocacion.)

REGLAS DEL MANUAL OPERATORIO.

1ª Puesto que el fórceps ha sido adecuado para introducirle dentro del canal pelviano, la concavidad de sus bordes deberá estar siempre dirigida hácia delante y su convexidad atrás: y puesto que tambien ha sido adecuado para tomar la cabeza por el diámetro bi-parietal, ó *por las orejas*, como dice Pajot, se cuidará mucho de colocar las cucharas de modo que cada una de ellas quede aplicada sobre la region parietal correspondiente, haciendo que la concavidad de los bordes mire en el sentido de la region que ha de ser conducida bajo del arco del púbis. Como todo esto puede ejecutarse cuando la cabeza se halla en la excavacion ó en el estrecho inferior, y es muy difícil y hasta imposible cuando está en el superior, *en el primer caso la regla es aplicar las cucharas á los lados de la cabeza, y en el segundo á los de la pélvis*, quiere decir, á los extremos del diámetro bis-ilíaco.

2ª El forceps es una pinza que reemplaza á las manos ventajosamente, *pero estas últimas deben siempre servirle de guía.* La derecha conducirá á la rama izquierda, y vice-versa. Para colocar la rama izquierda se engrasa el dorso de la mano derecha, se introducen los cuatro últimos dedos *entre el canal vulvo-uterino y la cabeza, y si procide algun miembro ó el cordon entre éstos y aquella,* hasta llegar á tocar con ellos el extremo izquierdo del *diámetro bisilíaco,* ó aplicarles sobre la *region parietal,* segun la altura á que se encontrare la cabeza; despues se hace deslizar con suavidad la rama ya dicha, entre la cabeza y la mano, y se sitúa de modo que extraida esta última la cuchara quede en el mismo sitio, sostenida fuera por un ayudante que la mantenga inmóvil asida del mango. Una cosa semejante se ejecuta para colocar la rama derecha.

3ª *La rama izquierda se empuña siempre con la mano izquierda y se introduce la primera al lado izquierdo de la pelvis. La rama derecha, con la mano derecha, y se*

introduce despues por el lado derecho y por encima de la primera. Al introducirlas no debe olvidarse que su forma está adecuada á la del canal, y que por lo mismo una y otra se han de presentar á la entrada de la vagina con *la cuchara hácia abajo, el mango arriba, paralelamente á la ingle opuesta, y se han de introducir deslizándolas muy poco á poco de delante atrás y de abajo arriba.*

4ª Si la aplicacion de las cucharas se ha hecho convenientemente, es decir, si han sido situadas en puntos simétricos, los ejes de las ramas se cruzan al nivel de la articulacion del instrumento, y, por lo mismo, se articulan sin dificultad. *Pero si no se pudiere articularlas, cada mano empuñará el mango que le corresponda, y con suavidad y método se procurará llenar el requisito, colocándolas á la misma altura, á igual profundidad, etc., etc.*

5ª Se investiga entónces por medio de los dedos (movimiento de circunduccion) si las cucharas han tomado *la cabeza y solamente á la cabeza,* y se examina luego la direc

cion de los mangos. Si se inclinan *hácia abajo*, es la primera posicion del forceps; si *horizontalmente*, la segunda, y si *arriba*, la tercera.

6ª Cuando se juzgue que la maniobra será larga y penosa se envuelven los mangos en un lienzo, se toman con ambas manos cómodamente segun fuere el sentido en que se va á tirar, y *se tira de ellos con lentitud durante las contracciones, si las hay, y si nó, de tiempo en tiempo, solo con los brazos, balanceándoles hácia uno y otro lado*, de la manera que sigue: primera posicion del forceps, *abajo y atrás*, hasta hacerla pasar á la segunda; segunda, *horizontalmente*, hasta convertirla en tercera; tercera, *directamente arriba*, hasta lograr la salida de la region de la nuca bajo del arco del púbis ó delante de la comisura posterior de la vulva, segun fuere la posicion de la cabeza. *El desprendimiento se ejecuta, como todo lo que se refiere al parto manual, conforme á los fenómenos mecánicos del parto natural.*

7ª. Si se ha aplicado el forceps cuando

la cabeza no hubiere ejecutado aún el movimiento de rotacion, á tiempo de tirar se irá inclinando el instrumento á la derecha ó á la izquierda con ese objeto, pero de modo que *en las posiciones occípito-anteriores se conduzca al occipital hácia el arco del púbis, y en las posteriores hácia el sacro.*

8ª En las aplicaciones directas del fórceps las ramas se sitúan cual ya se ha dicho; *mas en las oblícuas, la que sea posterior se conduce primeramente á la sínfisis sacro-iliaca que le corresponde, y despues, por medio de un movimiento de espiral (Mad. Lachapelle), se trae á su sitio definitivo.*

9ª Una vez extraida la cabeza ó llenada la indicacion que exigia la aplicacion del fórceps, *se quitan las cucharas sucesivamente en un órden inverso al de su aplicacion, haciéndolas retroceder en el mismo camino.*

10ª Para convertir en fronto-posteriores las posiciones de cara fronto-anteriores cuando no sea posible ejecutar la version, se harán dos aplicaciones de fórceps, aunque

en ninguna de ellas puede tomarse la cabeza en el sentido del diámetro bi-parietal. La primera hará que la barba gire háeia delante y que la posieion se eonvierta en *mento-anterior-oblícua*, y la segunda la hará pasar despues á *mento-antcrior-directa.*

Cuando el troneo ha sido expulsado la aplicacion del foreeps no es eonveniente: *si la cabeza se detuviere más vale hacer la extraccion manual por la maniobra clásica ó por la que me es peculiar.*

DIFICULTADES DE LA MANIOBRA.

Es difícil apliear la segunda rama: extráigase la primera é introdúzease ántes que ésta.—*La cuchara tropicza con algun obstáculo:* hágasele deslizar por los dedos más bien que por la eabeza.—*Los mangos están muy abiertos, lo que indica que la cabeza ha sido tomada en el sentido de un diámetro desfavorable:* extráiganse las eucharas y hágase una mejor aplieaeion.—*Al ejercer las tracciones se advierte que la cabeza no desciende:* se aplaza la tentativa,

se repite varias veces, y si nada se consigue se ocurre á la CRANIOTOMÍA. (Estrechamiento de la pélvis, cabeza voluminosa, etc., etc.)—*Se siente que el forceps se desliza:* se le extrae y se hace una aplicacion más alta.—*El perinéo amenaza romperse:* córtense trasversalmente los grandes labios y sosténgase hábilmente el perinéo.



IX

CUADRO METÓDICO

De las indicaciones de la version y de su manual operatorio.

La version es una operacion manual que tiene por objeto *convertir* una presentacion trasversa en longitudinal ó *invertir* una longitudinal, de modo que la extremidad del feto opuesta á la que naturalmente se presenta resulte abocada despues con el estrecho superior.

Condiciones generales —*El ovoide fetal debe hallarse en el recinto de la gran pélvis, completamente dentro del útero, y ser movible.* Puede hacerse la maniobra tambien áun cuando una pequeña parte de la region presentada haya descendido algo á la excavacion, si no está fuera del orificio

uterino y si persiste todavía el imprescindible requisito de la movilidad. *Cuando falten estas condiciones y la presentacion fuere de vértice, se debe aplicar el* FORCEPS. Antes de proceder se deben diagnosticar lo más exactamente posible la presentacion y la posicion, y al proceder se ejecutará con toda calma la maniobra. *Festina lente.*

INDICACIONES.

1ª—PRESENTACIONES.	VICIOSAS.	Las de *tronco.* Conversion.
	PELIGROSAS.	Las dos de la *extremidad pelviana sacroposteriores*, especialmente en las primíparas. *Inversion cefálica por maniobras externas.* Cuando no fuere posible ejecutarla, debe hacerse la extraccion manual directa tan luego como se observe la salida del meconio. Las de *cara fronto-anteriores*, cuando no fuere dable corregirlas elevando la pélvis y comprimiendo al tumor cervical para efectuar la flexion de la cabeza y convertir la presentacion facial en cervical.
	OOMPLICADAS.	Las de vértice en que procidan uno, varios miembros ó el cordon umbilical, si éste y aquellos son irreducibles. *Version podálica.* Eu caso de que hubiere enclavamiento, FORCEPS, CRANIOTOMÍA, CEFALOTRIPSIA, segun los casos.

2ª POSICIONES inclinadas de vértice ó de

eara fronto-anteriores ineorregibles (*Version podálica)*.

3ª ESTRECHAMIENTO del arco pnbiano eon tal que el resto de la pélvis sea normal.

4ª OBLICUIDAD de la pélvis debida al detcnimiento de desarrollo *(Naegelé)*, ó á nna simple inclinacion, si el nnevo aboeamiento de la region oeeipital ó de la pelviana fuere favorable al parto.

5ª ACCIDENTES que eomprometen la vida de la madre y del prodncto.

Conversion cefálica ó pelviana por maniobras externas.

Condieiones particulares del manual operatorio: Pélvis normal.—Proximidad de la eabeza ó de la extremidad pelviana al estreeho superior.—Reeto y vejiga vaeíos.—Dilatacion completa del orifieio uterino.—Membranas íntegras.—Contraeeiones regulares.

Proeedimiento de Hipóerates. Deeúbito supino eerca del borde de la eama y relajaeion de los músenlos del vientre. Un ayndante experto practiea el taeto vaginal

por el segmento inferior de la matriz para dar cuenta al operador de lo que pasa por el estrecho *(Rodriguez)*. *En el intervalo de los dolores* tómese la cabeza á través de las paredes abdominal y uterina con la mano que se adaptare mejor al objeto, y empújesele hácia el estrecho miéntras que con la opuesta se conduce arriba el otro extremo del ovoide fetal. Si durante la maniobra sobreviene una contraccion, se suspende aquella, se acuesta á la mujer sobre el lado que corresponde á la region que se trata de hacer bajar, y se comprime con una almohada dura, con un cojin, ó lo que es mejor con las manos. Pasado el dolor, se insiste en la maniobra hasta lograr el objeto. Logrado éste y durante una contraccion el ayudante rompe las membranas, por cuyo medio se encaja luego la cabeza en la excavacion, y se abandona el resto del trabajo á los esfuerzos de la naturaleza. Si no es posible hacer la conversion por este medio, se practica la version por el procedimiento de *Celso*.

VERSION PODALICA POR MANIOBRAS INTERNAS.

Condiciones particulares del manual operatorio.—Pélvis normal, oblícuo-ovalar ó viciada por estrechamiento del arco pubiano.—Recto y vejiga vacíos.—Dilatacion completa ó dilatabilidad del orificio uterino.—Membranas íntegras ó que acaben de romperse.

Procedimiento de Celso.—La mujer estará acostada trasversalmente en una cama alta, las nalgas fuera del colchon, y los piés sobre dos sillas sostenidos por ayudantes. Cuando la situacion del feto sea longitudinal se introduce la mano que colocada entre la pronacion y la supinacion mire hácia su plano external; y cuando sea trasversa, aquella con la que se puedan tomar los piés cómoda y seguramente, cuidando de engrasarlas por el dorso ántes de introducirlas. *La maniobra se ejecuta en el intervalo de los dolores.* Con la otra mano se fija el fondo de la matriz ó si es necesario se ayuda á la evolucion. Si las membranas estuvie-

ren rotas se penetra directamente; si nó, entre ellas y la pared uterina: en ambos casos se sigue el camino más corto, sirviendo de guia el tacto y el conocimiento prévio de la situacion absoluta y relativa del producto. Se toman los dos piés ó uno solo; si lo primero no se pudiere, del modo que sea dable con tal que sea seguro. Se tira del pié ó de los piés hácia abajo en el sentido natural de la flexion, de manera que la extremidad cefálica se dirija hácia el fondo de la matriz y el dorso hácia la eminencia íleo-pectínea más cercana. Una vez extraidos los piés, si hay contracciones regulares y no hay indicacion especial, se abandona el resto del trabajo á los esfuerzos de la naturaleza. En las condiciones opuestas se hace la extraccion manual conforme á las reglas dadas en el cuadro relativo. (VII.)

VERSION PELVIANA.—Procedimiento de Scanzoni.

Indicaciones especiales.—En las presentaciones de tronco, siempre que la ex-

tremidad pelviana esté más próxima al estrecho superior que la cefálica, que el útero esté muy contraido sobre el producto, que sea muy difícil ó imposible coger uno ó los dos piés, ó que por falta de toda movilidad sea peligroso convertir la presentacion; por último, en los casos de rotura del útero ó de la vagina cuando alguno de los miembros inferiores ó los dos se hayan introducido por la herida.

Manual operatorio.—Se elige la mano, se engrasa, y se introduce como queda dicho en busca de la extremidad pelviana; se engancha con uno ó dos dedos la ingle homónima del plan presentado; se tira hácia abajo hasta hundir aquella en la excavacion, y con la opuesta se ayuda por fuera el movimiento. Entretanto un ayudante hace girar la cabeza en sentido contrario. Despues de esto se practica la extraccion conforme á las reglas. Para facilitar la maniobra se somete á la mujer á las inhalaciones de cloroformo.

Procedimiento de Deustch.—Supuestas las condiciones del procedimiento preceden-

te, se hace deslizar la mano con la cara palmar vuelta hácia la region external del feto, de modo que las extremidades de los dedos se apliquen sobre la dorsal correspondiente al plan opuesto al que se presenta; luego se separan para abarcar una superficie más amplia, y despues se tira abajo tratando de hacer girar al ovoide en torno de su eje longitudinal hasta que se logre colocar la espalda hácia arriba. Entónces se conduce la mano en el sentido de la extremidad pelviana, se desliza sobre el muslo, se llega á las corvas, se enganchan con los dedos y se tira directamente abajo.

Con este movimiento se logra muchas veces sacar uno ó los dos piés. La extraccion del resto se termina como llevo dicho.

Si ninguna de estas maniobras es realizable, hay necesidad imprescindible de recurrir á la EMBRIOTOMIA. *En este caso* (presentacion del tronco) *debe preferirse el procedimiento del profesor Ortega (A.), que consiste en dividir al tronco desde la axila que se halla arriba hasta la base del cuello que corresponda al plan abocado, por me-*

dio de una sierra de cadena que se coloca con su conductor, con el de Joulin ó con el de Tarnier.

Dificultades de la version.

Si no ha sido posible conocer con exactitud la situacion del feto se introduce una mano y se buscan los piés; si no se encuentran ó no se pueden tomar con ella, se saca ésta y se mete la otra. *Cuando procide el brazo no se amputa,* á no ser que vaya á hacerse la embriotomía y estorbe al operador; pero si pudiere ejecutarse la version, lo mejor es asegurarle con una cinta que se coloca en el puño y sirve para impedir que se levante y cruce por delante ó por detrás de la cabeza al practicar la evolucion. *Siempre que en este caso el miembro que procida dificulte la introduccion de la mano*, debe procurarse empujarle con cuidado y colocarle en el lugar que debe tener al momento de hacer la evolucion. *En las posiciones de tronco dorso-posteriores es muy difícil tomar con la debida seguridad los dos piés ó*

uno solo: entónces deberá colocarse á la mujer á la inglesa ó apoyada sobre sus codos y rodillas, y operarla por detrás (*Naegelé y Grenser*). *Si al tirar de los piés se sintiere que la cabeza no se eleva en sentido contrario, se hará la* DOBLE MANIOBRA.



X

CUADRO METÓDICO

De las causas de distocia y reglas para combatirlas ó remediarlas.

Definicion.—Se dice que es distócico el parto, siempre que el mecanismo de la expulsion del huevo humano sufre alguna perturbacion por parte de las fuerzas expulsivas (*Dysodinia)*, por estrechamiento de la vía que debe recorrer *(Mogostocia pélvica)*, por anomalías de situacion, forma ó volúmen del feto *(Mogostocia fetus)*, que dificulta, hace peligrosa, ó imposibilita su marcha y su salida.

Advertencias importantes.—Sean cuales fueren los motivos que originen la distocia, el partero nunca perderá de vista: 1º que su mision al lado de la paciente es alla-

nar por medios adecuados, y hasta donde sea posible, la causa ó causas que dificulten, imposibiliten, ó hagan peligroso el trabajo del parto; no olvidando, áun en el trance más serio y apurado, que la naturaleza se sobrepone muchas veces á las situaciones desfavorables y suele vencer toda clase de obstáculos; 2º que miéntras ella sola fuere capaz de ejecutar el parto *sin peligro para la madre y el producto*, no le es lícito arrogarse sus fueros, ni intervenir, áun con el simple intento de ayudarla; 3º que ántes de proceder en cada caso, debe calcular con exactitud los límites de la actividad de la naturaleza, medirla rigurosamente y conocer bien cuándo esa potencia es nula ó ineficaz; 4º por último; resuelto á intervenir y elegidos los medios, se propondrá imitarla sin desviarse una línea de lo que ella haya hecho en situaciones parecidas ó idénticas, ni trasgredir jamás sus sábias leyes, so pena de hacer estéril su labor é incurrir en grave responsabilidad.

Primera especie de distocias.

DYSODINIA.

Si falta la fuerza expulsiva, es insuficiente ó irregular, la indicacion es hacer que vuelva, recobre la intensidad fisiológica ó la regularidad. Como la inercia idiopática sea rarísima, bastará buscar y combatir la causa ocasional ó determinante de la inercia sintomática para volver las cosas al estado normal. *Lo relativo á la dysodinia consúltese el cuadro metódico núm.* 5.

Segunda especie de distocias.

MOGOSTOCIA PELVICA.

Si el parto fuere dificultoso, peligroso ó imposible porque haya desproporcion entre el volúmen del *feto bien conformado, situado convenientemente*, y el calibre del canal vulvo-uterino anormal por cualquiera circunstancia, la indicacion es hacer desaparecer, ó disminuir en lo posible, al ménos, esa desproporcion.

Pronóstico.—El pronóstico debe buscarse en la naturaleza y grado del obstáculo,

y en las dificultades que hubiere para remediarle. El partero siempre ha de manifestar su opinion, cuanto tema y espere, con lealtad, prudencia, y las debidas reservas.

Causas.—Vicios de conformacion congénitos ó accidentales de las diferentes partes del canal vulvo-uterino, como estrechamientos de la vulva y vagina; persistencia del hímen, bridas, cicatrices, estrechamiento del orificio uterino, su aglutinacion, oclusion cicatricial, alargamiento edematoso y prolapso del labio anterior, trombus, abscesos, pólipos, carcinoma y otros tumores reducibles ú operables, ó irreducibles é inoperables; replesion de la vejiga de la orina, cálculos urinarios, cystocele vaginal, atascamiento del recto, etc., etc. Vicios de conformacion de la pélvis, parciales ó totales, congénitos ó accidentales, causados por raquitismo, osteomalacia, luxaciones femorales, fracturas, exostosis, encondromas, osteosarcomas, osteoteatomas intrapelvianas (rarísimas en México).

Tratamiento.—I. Las diversas anomalías

de los órganos sexuales, de los anexos y contiguos al canal, demandan el tratamiento adecuado á cada una de ellas. Desocupar el recto, sacar la orina con la sonda, y si fuere indispensable, por la puncion suprapubiana. En casos muy necesarios se deben cortar las bridas y tabiques membranosos, dividir las cicatrices, vaciar los abscesos y los trombus, practicar una ó varias incisiones en el tumor ó tumores situados en el cuello, desviar ó arrancar los pólipos, desviar los cálculos ó extraerles por la talla vaginal, reducir las hernias y oponerse á su reproduccion, levantar sobre la cabeza del feto y librar de la compresion al labio anterior del orificio uterino operando en el intervalo de dos contracciones, etc., etc.

II. Cuando las anomalías de la pélvis y sus vicios de conformacion no pasen de ciertos límites, no deben ser vistas como obstáculo serio de la terminacion del parto. La naturaleza hace entónces esfuerzos excepcionales, reduce y acomoda á la cabeza en el canal estrechado, y la hace salir ilesa aunque deformada (deformacion pasajera).

Pero si traspasan esos límites, además de que la expulsion no puede tener lugar porque es físicamente imposible, lo largo y lo esforzado del trabajo exponen la suerte del producto y de la madre. Para evitar á tiempo estos inconvenientes y los que ocasiona de ordinario la intervencion tardía del arte, lo aceptado hoy es *provocar el parto prematuro ó el aborto*, conforme á las circunstancias.

A. *El diámetro más acortado mide* 8 *centímetros.* Feto móvil, *version podáliea.* Feto inmóvil, *forceps.* Uno ú otra ejecutados con habilidad en sus respectivas esferas de accion, pueden terminar el parto felizmente. ☞Si fracasare una tentativa, repítase varias veces ántes de apelar á medios extremos.☜

B. *El diámetro más menguado mide* 74 *milímetros ó muy poco ménos.* EL FORCEPS CESA DE SER APLICABLE. Puede intentarse la version si la pélvis es oblícuo-ovalar. *La sinfisiotomía y la pubiotomía han sido definitivamente borradas de la lista de las operaciones obstetriciales.* Si el feto vive,

y puede adquirirse la conviccion de que sea viable y bien conformado (la averiguacion casi es imposible), propóngase la *operacion cesárea* y la *embriotomía*, manifestando á la madre lo que tiene que esperar de una y otra para que libremente elija ésta ó aquella. Rehusa la primera, vive el producto, y no urge terminar el parto, debe esperarse á que muera el feto; luego, *perforacion del cráneo con las tijeras de Smellie ó de Blot, y cefalotripsia.* Es indispensable concluir porque lo demandare el estado de la madre, sin pérdida de tiempo procédase á la extraccion del feto vivo ó muerto, conforme queda dicho.*

C. *El diámetro más reducido mide de* 65 *á* 25 *milímetros.*

Cuando la estrechez pelviana haya podido ser diagnosticada con la debida oportunidad debe proponerse la *provocacion del*

* Siempre que esté en peligro la existencia del feto durante el trabajo natural ó artificial del parto, así como cuando nazca asfixiado, congestionado, débil, ó con alguna monstruosidad incompatible con la vida, el partero ó partera tienen la obligacion de bautizarle.

aborto y ejecutarle prévia consulta con varios profesores respetables. Si se llegare fuera de tiempo, propóngase la *operacion cesárea* y la *embriotomía*, como en B. Perforado y vacío el cráneo practíquese la cefalotripsia varias veces, pero poniendo entre las diversas sesiones ciertos plazos prudentemente calculados: en cada una de ellas debe procurarse hacer pedazos y machacar en todas direcciones, no solo á los huesos de la bóveda, sino tambien, y *muy particularmente, á los de la base; esfenoides, temporales y apófisis basilar.* En cuanto á las tracciones, no deberán hacerse sino hasta el último extremo; quiere decir, cuando despues de pasado algun tiempo se adquiera el convencimiento de que la naturaleza no puede expulsar al feto ni áun así. Entretanto deben sostenerse el ánimo y las fuerzas de la paciente, cuidando de alejar todas aquellas causas que de algun modo pudieren debilitar ó perturbar las contracciones de la matriz.

Tercera especie de distocias.

MOGOSTOCIA FETUS.

Cuando el parto sea difícil, peligroso ó imposible porque haya desproporcion entre el calibre del *canal vulvo-uterino sano, normalmente conformado*, y el volúmen anormal del feto, cual en los casos de mogostocia pélvica la indicacion es destruir ó disminuir en lo posible esa despr oporcion.

Pronóstico.—Está basado en las mismas consideraciones que el relativo á la segunda especie de distocias.

Causas.—*Presentaciones viciosas de tronco y de cara fronto-anteriores.* Presentaciones *complicadas:* de vértice ó de cara, con procidencia ó caida de uno ó varios miembros. *Parto gemelar:* abocamiento simultáneo de partes de ambos fetos. *Posiciones inclinadas:* de vértice ó de cara. *Aumento total ó parcial del volúmen del feto:* muy desarrollado, pigmeo, macrocéfalo, hidrópico, hidrocéfalo, exencéfalo. *Mónstruos compuestos:* eusomfalianos, monomfalianos, monocefalianos, etc.

Tratamiento. I. Inténtese el allanamiento del obstáculo, por la regularizacion manual, por medio de la version, ó con el forceps. En los cuadros VIII y IX está detallado cuanto hay que hacer siempre que la desproporcion no opone un obstáculo insuperable á la version, á la aplicacion de la pinza, y á los movimientos y tracciones propias de esas maniobras.

II. Si los medios dichos fuesen insuficientes, no queda otro arbitrio que disminuir el volúmen del feto por medio de instrumentos vulnerantes. *Presentacion de tronco.* Degollacion del feto por el método de P. Dubois, ó por el de A. Ortega, que es mejor. *Posiciones fronto-anteriores de cara y presentaciones complicadas:* perforacion de la cabeza, cefalotrivo, craneoclasta ó forceps de Van-Huevel. *Macrocefalia y posiciones inclinadas*, id., id. *Hidrocefalia, anasarca, ascitis, dilatacion excesiva de la vejiga de la orina* (Hecker, Depaul): puncion con el trócar comun, forceps, cefalotrivo. *Enclavamiento:* embriotomía. En general, el partero ántes de proceder debe formar un

plan de operaciones adecuado á cada caso, llamando siempre en su socorro á personas reconocidas por su experiencia y práctica en el arte de los partos.

Partos de fetos monstruosos.—Por lo comun son expulsos naturalmente ántes del término fisiológico del embarazo. La naturaleza sola, ó auxiliada del arte, vence los obstáculos. En casos extremos, embriotomía.



XI

CUADRO METÓDICO

Del tratamiento de la distocia hemorrágica por implantacion anormal de la placenta, y de la distocia eclámsica, histérica y epiléptica.

I. DISTOCIA HEMORRAGICA.

Aunque la conducta del partero en casos de hemorragia se encuentra pormenorizadamente detallada en el cuadro VI, en vista de la gravedad que tiene la pérdida de sangre causada por insercion viciosa de la placenta y del desacuerdo que reina aún sobre la manera de remediarla, he creído conveniente ocuparme con el detenimiento que tan árduo asunto merece, de fijar las reglas á que ha de normarse la asistencia médica, poniendo desde luego á un lado las que dan los autores porque la observacion

enseña que los medios hemostáticos recomendados generalmente para contraer las fibras lisas y los tejidos contráctiles, ni sirven ni pueden servir en esas circunstancias. *El único medio hemostático eficaz cuando hay insercion viciosa de la placenta es el desembarazamiento uterino.*

Regla 1ª En caso de hemorragia durante los meses mayores del embarazo hágase el diagnóstico exacto del sitio donde esté situada la placenta.

Regla 2ª Si el partero logra asegurarse de manera que no le quepa duda, de que la hemorragia procede del despegamiento de la placenta prévia, áun cuando en el acto de la visita la pérdida de sangre fuere leve, debe aplicar el tapon desocupando ántes el recto y la vejiga.

Regla 3ª Si por la exploracion encontrare que las membranas están rotas, no dilatado ni dilatable el cuello uterino, además de poner el tapon, aplicará un vendaje abdominal ajustado para impedir que la hemorragia se vuelva interna, y desde ese momento no se apartará de la paciente.

Regla 4ª Si la insercion de la placenta es marginal, están intaetas las membranas y el orifieio dilatado ó muy dilatable, naturalmente ó por efeeto del tapon, debe romper la fuente y observar el efeeto hemostátieo de este medio, para dejar subordinado el trabajo á la naturaleza ó ejeeutar el parto manual, segun que la hemorragia se eontuviere ó eontinuare.

Regla 5ª Cuando supuestas las eireunstaneias del easo anterior el produeto esté muerto, despues de romper las membranas despegará y extraerá la plaeenta (eon euyo arbitrio se eontiene tambien á veees la hemorragia), y eonfiará el parto á la naturaleza ó lo ejeeutará luego si la pérdida eontinúa.

Regla 6ª Cuando en las eireunstancias de la regla 5ª viva el feto, sea marginal ó eentral la insereion plaeentaria, inmediatamente despues de despegarla y saearla praetieará la operaeion que estuviere indieada, foreeps, version, parto manual, teniendo presente al ejeeutarla que en su destreza y sangre fria está salvar la vida de la madre y del produeto.

II. DISTOCIA ECLAMSICA.

La epilepsía aguda de las embarazadas, de las parturientes y de las puérperas, es enfermedad tan peligrosa y de marcha tan rápida, que por ello demanda del partero la asistencia más inteligente y empeñosa: debe prevenirla cuando amenace, y combatirla cuando estalle.

Naturaleza.—Depende esencialmente de modificaciones particulares, producidas por el embarazo, en la composicion de la sangre (intoxicacion urémica) y en en el sistema nervioso, en virtud de las cuales aumenta de un modo insólito la excitabilidad refleja de los centros nerviosos.

Causas ocasionales.—Albuminuria puerperal, plétora general, nuliparidad, dilatacion del útero por hidroamnios, preñez gemelar, suma actividad del útero al principio del trabajo, traumatismo de los nervios del cuello y de la excavacion pelviana por traccion ó compresion, contracciones irregulares, indigestion, plenitud de la vejiga y del recto, penas morales, etc., etc,

Prodromos.—Entre éstos los más notables son: cefalalgia, dolor epigástrico, grande agitacion interior, cambio súbito de carácter, indiferencia por cuanto les rodea, fotofobia, ambliopía y hasta amaurosis, y ligeras convulsiones de los músculos de la cara. Frecuentemente faltan estos síntomas y sin aviso prévio el espasmo reflejo estalla súbitamente.

Advertencia importante.—El útero, cual los demás músculos voluntarios é involuntarios, puede contraerse tan enérgicamente en cualquiera de los paroxismos reflejos, que de ello resulte la expulsion del producto vivo, real ó aparentemente muerto: por lo mismo el partero debe estar atento para socorrerle en el primero y último casos. La eclamsía, tan grave como es para la madre, es más peligrosa aún para el feto, que de ordinario sucumbe asfixiado desde los primeros ataques. Puede acaecer tambien que el útero se rompa, y entónces hay que socorrer á la madre conforme queda dicho en el cuadro núm. VI.

Pronóstico.—Siempre es muy grave; pe-

ro es más todavía cuando el trabajo del parto no se ha insinuado, euando existen serios obstáeulos para la expulsion del feto, euando su extraeeion demanda operaeiones tocológieas largas y penosas, y euando los paroxismos se sueeden sin interrupeion. Las mujeres pletórieas y las muy robustas eorren más riesgo que las flaeas y delieadas. La eelamsía que estalla euando el parto está avanzado y puede terminarse pronto, natural ó artifieialmente, así eomo la que viene despues del parto y durante el puerperio, son relativamente ménos graves.

Profilaxia.—Si la embarazada está edematosa, haya ó no albuminuria (lo primero debe haeer temer mueho la eelamsía), proeúrese sin pérdida de tiempo mejorar la eomposieion de la sangre por medio de los tónieos y analíptieos muy albuminosos (earne, huevos, leehe); se exeitará la diuresis y la traspiraeion eutánea por medios á propósito (diurétieos, sudorífieos, baños, frotaciones, ejereicio) y además se euidará de mantener desahogado el intestino por lavativas laxantes. En las mujeres notoriamen-

te pletóricas prueban bien las sangrías depletivas.

Tratamiento curativo.—Apénas se insinúe el acceso eclámsico se vaciará el estómago (Sulfato de zinc 8 granos; Agua y jarabe de ípeca de cada cosa 1 onza; una cucharada cafetera cada 5 minutos: efecto seguro y rapidísimo), el recto y la vejiga, y se inyectará bajo la piel éter sulfúrico, cloroformo, ó se dará uno ú otro en inhalaciones. *Este medio usado con largueza es el único que puede disminuir la excitabilidad refleja exagerada, modificar la intensidad de los accesos y hasta retirarlos.* Las inhalaciones anestésicas deben suspenderse durante el ataque y el coma, y reemplazarlas con aire puro y con oxígeno; medio que preconizo en vista de dos hechos recientes de mi práctica. Al iniciarse el nuevo paroxismo debe volverse á las inhalaciones de los anestésicos ya dichos. Cuídese de introducir entre las mandíbulas un bastoncillo de madera ó el mango de una cuchara envueltos en un lienzo, y además, sin emplear nunca la fuerza y la violencia,

evítese que la cabeza, los brazos y las piernas, golpeen sobre cuerpos duros que puedan lastimarlos. Los procedimientos ulteriores varían segun las circunstancias.

Eclamsía en los últimos meses.—Provocacion inmediata del parto, reblandeciendo y dilatando el cuello uterino por inyecciones de agua tibia hechas con cualquiera jeringa de corriente contínua (procedimiento nacional). Logrado uno ú otro, desembarácese la matriz. Si el caso urge y la dilatacion no estuviere completa, desbrídese el orificio (dos ó tres incisiones de 5 milímetros) y no se force el paso como quieren algunos.

Eclamsía durante el parto.—Póngase en planta lo dicho, en todas sus partes, y tan luego como el orificio sea dilatable ó esté dilatado desocúpese la matriz practicando la operacion que estuviere indicada. —(Aplicacion del forceps, version, parto manual.)

Eclamsía despues del parto.—Ya aparezca entónces, ya sea continuacion de la iniciada desde ántes del parto, el tratamiento

general es siempre el mismo. Si no cediere, se recurrirá á los derivativos cutáneos (vejigatorios con la pomada de Gondret en los lagartillos y pantorrillas), y á los intestinales (purgantes y enemas drásticos). Además se dará al interior por boca y ano, bromuro de potasio asociado con hidrato de cloral.

Las emisiones sanguíneas copiosas (método inglés) sin discrecion, usadas sistemáticamente, han dado en México resultados fatales; lo cual puede depender, tal vez, de que la constitucion de nuestras mujeres generalmente es endeble y aglobúlica. El uso de las altas dósis de opio (método de Brummerstädt) hasta producir el narcotismo, no puede corresponder á los deseos de los que le patrocinan: en mi sentir, el opio, sus alcaloides soporíficos, narceina, codeina, morfina, y sus sales, están seriamente contraindicados en el tratamiento de la eclamsía.—Siempre que aquí ha solido recurrirse á los opiados, ó el mal se ha exacerbado ó los resultados han sido funestos.

III. DISTOCIA HISTERICA.

Las convulsiones histéricas que perturban la marcha regular del parto deben combatirse por medio de los antiespasmódicos, éter sulfúrico, licor de Hoffmann, valerianato de amoniaco, bromuro de alcanfor, &c., &c. Cuando el mal no ceda, deberán hacerse inyecciones hipodérmicas de éter sulfúrico, cloroformo, y en casos necesarios se harán inhalaciones de uno ú otro. Si el acceso fuere causado por algun dolor vivo, se inyectará clorohidrato de morfina. La belladona (pomada ó extracto) aplicada en el orificio uterino, no sirve para el caso. Recurrir á medios extremos, al parto artificial, v. gr., como algunos aconsejan, es demasiado para tan poca cosa.

IV. DISTOCIA EPILEPTICA.

La epilepsía propiamente dicha puede estallar durante el trabajo del parto. La experiencia enseña que en esas circunstancias lo único que debe hacerse es evitar que la parturiente se lastime. En casos muy

urgentes se terminará el parto. El estado puerperal no contraindica el uso continuado del bromuro de potasio, de alcanfor ó de zinc, para tener á raya á los paroxismos epilépticos; al contrario, el *bromismo* prueba perfectamente, como la observacion me lo tiene demostrado.



XII

CUADRO SINÓPTICO

De los signos que caracterizan la marcha regular del sobreparto y cuadro metódico de los cuidados que demandan la puérpera y el recien-nacido.

Llámase *puerperio ó sobreparto* al tiempo durante el cual los órganos internos y externos de la generacion, modificados en la preñez y el parto, vuelven al estado normal, y se establece la secrecion láctea. Se dice que el puerperio es fisiológico, cuando la involucion uterina y la lactacion tienen lugar en un período que raras veces excede de seis semanas sin menoscabo de la salud de la recien-parida y del recien-nacido.

La involucion uterina tiene dos períodos ó faces que se pueden designar así; *absorcion del útero viejo y desarrollo del nuevo,*

El puerperio irreprochable tiene los caractéres siguientes: Vientre laxo, depresible, indolente á la presion, involucion uterina gradual, flujo loquial sin cólicos *(entuertos)*, primero sanguíneo (2 á 3 dias), luego muco-sanguinolento (6 á 8), despues mucoso, que persiste por algun tiempo y disminuye paulatinamente hasta desaparecer; hedor loquial *sui generis*, ligeramente amoniacal; secrecion láctea sin calentura (impropiamente llamada *fiebre de leche)*, que de dia en dia mejora de calidad y va en aumento hasta ser suficiente; traspiracion cutánea general, bienestar, apetito, buen sueño; evacuaciones excrementicia y urinaria regulares; pulso, 80 por minuto, y temperatura 38° cent.

El partero que no quiera verse sorprendido alguna vez por cualquiera de las manifestaciones del *envenenamiento puerperal*, deberá inquirir diariamente (y en tiempo de epidemia *tífica, puerperal y erisipelatosa*, con más frecuencia) lo relativo á cada uno de los puntos de la sinopsis anterior: el cuidadoso exámen de todos ellos le

pondrá siempre en vía de conocer á tiempo el mal, sea cual fuere la forma que tome ese *Proteo*, la que por leve y sencilla que aparezca en su principio puede ser punto de partida de enfermedades muy peligrosas, ó, cuando ménos, de accidentes molestos que á todo trance deben evitarse.

Las recien-paridas están muy expuestas á enfermarse en el sobreparto, y esta predisposicion viene del influjo que ejerce en su sér orgánico y moral el alumbramiento y de los cambios que en ellas se operan inmediatamente despues de él. Cualquier motivo, cualquiera circunstancia que en otras condiciones no tienen ó tienen acaso poca influencia en ellas, pueden ser mortales en el puerperio. El miasma puerperal, como los otros miasmas, bajo el misterio más impenetrable, puede desenvolverse y obrar sobre el útero, sus anexos y contiguos, sobre órganos más ó menos distantes de la matriz, sobre todo el organismo, en fin. Este agente, si bien no ha podido ser aislado, se nos da á conocer y se revela siempre por manifestaciones propias, específi-

cas, y por la constante relacion que se advierte entre su desarrollo, cuando las circunstancias le son favorables, y la aparicion de las enfermedades del puerperio.

Llámanse entuertos ó cólicos uterinos á las contracciones rítmicas dolorosas que expulsan la sangre que proviene de la herida placentaria, los restos disociados de las placentas fetal y materna y las demás materias inútiles que se acumulan en la cavidad de la matriz despues del parto. Los entuertos son vistos por todos los autores como un fenómeno necesario en los partos que no son el primero, salvo algunas excepciones, y la razon que dan para ello es que al útero de las pluríparas falta el resorte anatómico propio de la retractilidad, y por consiguiente es necesario que las contracciones orgánicas vengan en su auxilio para completar el desembarazamiento de la matriz, paso prévio de la involucion del órgano.

Yo no comprendo por qué el resorte propio de la retractilidad ha de aparecer intacto, perfecto (con pocas excepciones), *solamente una vez* en la época reproductiva

de las mujeres; y ménos lo comprendo desde que es un hecho demostrado que despues de cada parto desaparece el útero viejo y le reemplaza otro nuevo. Si esto es así, no existe una razon satisfactoria, plausible, para creer que al desenvolverse un útero de segunda, cuarta ú octava edicion, sus fibras musculares, que nada tuvieron que ver con los partos precedentes, traigan cercenada y hasta abolida una fuerza que jamás se gastó. La causa de los entuertos es otra, en mi concepto, y he tenido el gusto de señalarla en mis lecciones clínicas.

Siempre que la disociacion de los materiales uterinos es perfecta y completa desde su principio, no hay entuertos ni en las nulíparas ni en las pluríparas, y les hay en unas y otras siempre que falta ese requisito. Llamo disociacion completa y perfecta del útero viejo, á la secuestracion y eliminacion de sus componentes por los esfuerzos del organismo de la mujer que les desarraiga de su sitio y les trasforma en leche y en sudor, y, como complemento, la eva-

cuacion del resto, irreabsorbible é intrasformable por su naturaleza misma, lo que constituye el flujo loquial.

Mis discípulos han tenido ocasion de ver que cuidando de que la puérpera no se enfrie, para que la traspiracion se haga con toda amplitud, que haciéndoles amamantar á sus hijos desde cuatro ó seis horas despues del alumbramiento, y vigilando que den de mamar cada dos horas cuando ménos, si no existe causa extrínseca alguna, no aparecen los entuertos. En esos casos, los loquios son líquidos, no vienen mezclados de coágulos, ni de colgajos de caduca y de membranas. La matriz se halla reducida, dura é indolente. Al contrario; cuando la traspiracion se suprime ó no viene, cuando la mujer se resiste á dar el pecho al niño, los entuertos estallan y son más ó ménos dolorosos. Los loquios entónces, segun lo he demostrado, son abundantes, y arrastran coágulos, colgajos de membranas y fragmentos de tejido conectivo más ó ménos alterado. La matriz está voluminosa, dolorosa y desigualmente contraida.

Otras veces no es la falta de armonía entre la ejecucion de las funciones de las glándulas sudoríparas y mamarias y las especiales del útero, la causa de los cólicos ó entuertos (verdadera causa intrínseca), sino fenómenos reflejos de orígen diverso. Que la matriz contenga coágulos, restos cotiledonarios ó membranosos; que la puérpera no tenga cuidado de evacuar la orina, ó que no pueda hacerlo, como acontece con cierta frecuencia; que el intestino grueso esté ocupado, que se recargue el estómago, aparecen los entuertos y persisten hasta que cesa de obrar la causa que los ocasiona (causas extrínsecas). Persuadido de esta verdad, cuido mucho en la Casa de Maternidad y en mi práctica privada de alejar todo pretexto que pueda incomodar al útero y sobreexcitarle.

Por lo mismo, aconsejo á mis discípulos que sus primeras preguntas se dirijan siempre á averiguar si la matriz está completamente desocupada y retraida, si la purgacion loquial es normal ó no, si la puérpera ha evacuado y orinado, si la alimentacion

ha sido la adecuada y si la digestion ha sufrido algun trastorno.

Cuando el útero haya sido exageradamente dilatado por superabundancia de líquido amniótico ó por embarazo múltiple, ó cuando se fatigue, como en los alumbramientos morosos y en los muy rápidos, el cansancio ó agotamiento de la retractilidad traen como necesaria consecuencia las manifestaciones de las contracciones orgánicas, ó sean los dolores rítmicos ó entuertos. La indicacion aquí, es hacer que las fibras recuperen la tonicidad, y ningun otro medio hay para conseguirlo más presto que el cuernecillo de centeno; así como para prevenir los que dependen de una accion puramente simpática de orígen gastro-intestinal no hay cosa mejor que desocupar las primeras vías por medio del aceite de higuerilla, y áun de la ipecacuana si fuere necesario. Si hubiere coágulos detenidos, la indicacion es extraerles, contrayendo luego el útero con algunas dósis de cuernecillo (12 granos por toma).

La sana práctica enseña que las mujeres

en quienes la involucion uterina no sigue la marcha fisiológica que hemos procurado bosquejar, están muy predispuestas á resentir los efectos del envenenamiento puerperal.

La secrecion láctea, que ha venido preparándose en el tiempo del embarazo, empieza á establecerse desde el principio del puerperio, si éste es fisiológico y si se tiene cuidado de dar pronto el seno al niño. Hácia el 3º ó 4º dia un calofrío pasajero, seguido de una traspiracion abundante y del aumento de secrecion láctea, anuncia que la lactacion queda definitivamente establecida. El líquido que mana en los dias anteriores, denominado calostro, alimenta al recien-nacido por las materias nutritivas que contiene, y expulsa al meconio por influjo de sus sales (0,316 á 0,330). *Es un error comun del vulgo y de algunos médicos, decir que los calostros son materia impura y nociva á los niños: la experiencia rechaza ese modo de ver.*

Cuando se demora la amamantacion, cuando el régimen de la mujer es irregular,

ó cuando los senos no están convenientemente dispuestos para el ejercicio de sus funciones propias, el establecimiento de la secrecion láctea no se verifica con la sencillez ántes dicha. Los pechos se abultan considerablemente, se ponen tensos, dolorosos, los dolores se irradian hácia los hombros, las axilas, la espalda, y entre el 3º y 4º dia estalla un calofrío más ó ménos intenso y largo, seguido de cefálea, calentura alta (hasta 40°), sed, inapetencia, malestar, etc., etc., lo que por lo comun termina despues de diez, doce ó más horas con abundante sudacion. Todos estos trastornos, vistos como naturales, están descritos en la mayor parte de los libros con el nombre de *fiebre de leche;* la cual no es otra cosa que la consecuencia ineludible, lógica, del método irracional que por añejas y muy arraigadas preocupaciones está generalizado aún, á pesar de los esfuerzos de cuantos en la llamada fiebre de leche no ven un epifenómeno necesario y esencial del sobreparto.

CUIDADOS QUE DEMANDA LA PUERPERA.

1º La aleoba de una reeien-parida debe estar á media luz, abrigada y prudentemente ventilada. La cama debe ser eómoda, limpia, provista de algun euero ó tela impermeables, que puedan limpiarse y eambiarse eon faeilidad euando sea neeesario. La ropa, sábana, paños, baeinica y todo cuanto se use en este easo debe ser euidadosamente aseado. En la pieza debe haber el mayor sileneio, procurando que la puérpera deseanse y nada le incomode: la tranquilidad de espíritu en estas eireunstaneias es eseneialísima. De tiempo en tiempo deben eambiarse los paños humedeeidos en sudor, sangre y loquios, y al sustituirlos eon otros, cuídese que éstos estén perfeetamente limpios. ☞*Los simples vestigios de manchas loquiales pueden ser portadores del miasma puerperal, conforme me lo ha enseñado la experiencia.*☜ El ardor vulvo-vaginal se modera y eede eon defensivos tibios de agua végeto mineral de Goulard ó de aeeite de manzanilla aleanforado. El alimento durante los tres primeros dias debe

ser una taza de atole ó té con leche cada 3 ó 4 horas y agua natural templada; pero si hubiere particular indicacion debe cumplimentarse conforme sea debido.

2º *La recien-parida debe comenzar á dar el pecho al niño pocas horas despues del parto.* Obsequiando esta regla se evitan los entuertos que provienen de causa intrínseca, se atenúa la vehemencia de los originados por alguna causa extrínseca, se evitan el engurgitamiento de los senos, las grietas del pezon, la calentura impropiamente llamada fiebre de leche, se abrevia el tiempo del escurrimiento loquial, y se apresura el movimiento involucionario de la matriz.

3º Dos veces al dia cuando ménos, en el puerperio fisiológico, y repetidás veces en el que no sea, se aseará el canal vulvo-uterino, inyectándole agua alcoholizada fénico clorurada, moderadamente tibia. En mi práctica civil y en la Casa de Maternidad *

* No han dejado de causarme serios disgustos allí, ésta y otras prácticas justificadas por el éxito más satisfactorio. ¿Mas qué deben importar *mis despilfarros* en materia de limpieza, de medicamentos y alimentos, si así, y nada más que así, se evitan la infeccion y la contaminacion del miasma puerperal?

tenemos establecida esta práctica, con la cual se ha logrado que cada dia sean ménos frecuentes las variadas manifestaciones del envenenamiento puerperal. Si el flujo loquial mengua ó se suspende ántes de tiempo, si su calidad se altera, si su hedor es infecto, se harán inyecciones antisépticas cada dos ó tres horas. Hé aquí las fórmulas que uso:

I. Agua destilada una libra; permanganato de potasa un escrúpulo: disuélvase y empleése para hacer una inyeccion.

II. Agua destilada una libra; ácido fénico cristalizado, un escrúpulo; cloruro de Labarraque y aguardiente refino, dos dracmas de cada cosa. Mézclese y úsese.

4º *Un partero debe poner formal empeño en tomar todas las precauciones posibles para no ser vehículo propagador del miasma puerperal.* Además del excesivo aseo personal, recomiendo al ácido fénico como medio eficacísimo para matar los gérmenes morbíficos que se alojen en las manos, entre las uñas, en los vestidos é instrumentos.

5º *El partero debe cuidar de que las evacuaciones excrementicia y urinaria se ha-*

gan con toda regularidad. Los laxantes y el eateterismo deben usarse sin reserva euando aquellas no estén en eorriente. El aeeite de higuerilla previenc además los engurgitamientos mamarios, facilita la expulsion de eoágulos, la exereeion loquial, y favorece, por tanto, la involucion dc la matriz.

6º *La alimentacion abundante ó inapropiada perjudica á las puérperas.* Esta recomendacion tiene por mira evitar las indigestiones y sus eonsecueneias, las euales eomplican una situaeion bastante delieada por sí misma. Pero si la puérpera estuviese débil, puede y debe preseribírsele bucn ealdo, huevos crudos ó tibios, earne, vino generoso, dc quina, ete. El régimen dietético que sigo cs:

Del 1º al 3º dia; una tasa de atole ó té eon leehe eada 3 ó 4 horas: del 4º al 7º sopa, y luego sopa y pollo al mediodía; del 7º en adelaute, se aumenta progresivamente la cautidad y se varía la ealidad, de modo que al 15º tome la puérpera los alimentos de eostumbre, eon exelusiou de los iudigestos y estimulantes.

7º *Las emociones morales, sean de la*

especie que fueren, son muy dañosas. El partero debe rceomendar á los deudos y asistentcs que eviten eualquicr motivo y alejen todo pretexto que pueda apenar, irritar ó disgustar siquiera á la recicn-parida. Además, debc prohibir las visitas frecucntes y largas, y sobre todo las importunas.

8º *Los movimientos frecuentes é inconsiderados deben evitarse. La puérpera no debe incorporarse, sentarse ni ménos levantarse y andar, sino hasta que termine la involucion de la matriz.* La infraccion de este preeepto es causa muy freeuente de hemorragias mediatas, cndometritis, metritis parcnquimatosa sub-aguda y aguda; caída, versiones y flexiones de la matriz y dc esterilidad eonsecutiva. Miéntras cl partero pueda tocar la matriz cn la rcgion hipogástrica, no debe permitir ni que se siente en la cama. La quietud, esto ya cs notorio, cs el mejor medio de lograr que las mujeres queden útiles para sus faenas domésticas y la reprodueeion: *incúlqueseles, pues, que con la desobediencia y la inquietud pueden procurarse graves trastornos ó en-*

fermedades sin remedio que ahuyenten la paz y la ventura del hogar.

9º Un baño general tibio, jabonoso, cuando la matriz está completamente oculta en la excavacion pelviana, proporciona bienestar á la puérpera y provoca una traspiracion general provechosa. Los baños calientes aromáticos, los de vapor y temascal, son inútiles, pueden ser perjudiciales, y por lo mismo debe proscribírseles en estos casos.

10º Trascurrido el período de seis semanas, la puérpera puede volver de lleno á sus usos y costumbres, pero sin olvidar que para cumplir con las obligaciones de madre debe alejar de sí toda causa, *sea cual fuere*, que pueda trastornar su salud, menoscabarla, y ponerla inhábil para proseguir amamantando á su hijo, cuya vida y porvenir le están especialmente encomendados.

CUIDADOS QUE DEMANDA EL RECIEN-NACIDO.

1º Establecida la respiracion, ligado y cortado el cordon umbilical con las precauciones que esto demanda, límpiese con un lienzo suave y seco el exceso de unto sebá-

ceo: luego se ungirá con aceite tibio para quitar el resto, y, por último, se bañará (si la temperatura lo permitiere) en agua templada, con jabon y esponja. Durante el baño ó inmediatamente despues de él, se examinará si el niño está bien ó mal conformado, si los orificios naturales boca, vulva, ano, uretra están defectuosos, abiertos ó cerrados, si está bien el paladar, si hay frenillo, si hace la succion, si están bien los ojos y orejas, si las partes sexuales, las manos y los piés tienen alguna anomalía ó vicio de conformacion, si existe algun tumor, cefalomátomo verdadero ó falso, hidrocéfalo, espina bífida, quistes, etc. Si algo de eso hubiere, ocúltesele á la madre y dése parte al padre ó á quien le represente para que oportunamente se ponga remedio, si le hay. Enjugado el recien-nacido y despues de haber reconocido de nuevo el estado de la ligadura umbilical, se colocará el cordon en la compresa hendida llamada ombliguero, untada de glicerina, aceite comun ó manteca, y doblada aquella para envolver el cordon se sujetará con el fajero moderadamente apretado. La prác-

tica comun de vendar sobre la camisa es mala, porque origina rozamientos, la ulceracion del anillo, el arrancamiento del cordon, y su consecuencia inmediata, la hemorragia, á veces incoercible. Hasta que naturalmente se desprenda se cambiará cada dia la curacion, cuidando siempre de no tirarle y desgarrarle. Desprendido ya, se perfeccionará la cicatrizacion del anillo poniendo encima una planchuela de hilas finas untada de glicerolado de óxido de zinc ó de bálsamo de copaiba, detenida con el fajero. La camisa, caracol, falla, pañales y mantillas, deben ser sencillos, de telas suaves, limpios y apropiados á la estacion, y no deberán estar ajustados, para dejarles libres la respiracion, la circulacion y ciertos movimientos. El aseo del ano, de las partes genitales y sus contornos evita el intértrigo y las rozaduras, que se combaten con polvo de arroz, de haba, de magisterio de bismuto, licopodio, y glicerolado de óxido de zinc.

2º *El único alimento del niño debe ser la leche materna, y en defecto de ella la de una buena nodriza.* Es perjudicial y pura-

mente teórico pretender subordinar la lactancia á cierto órden metódico riguroso en las primeras seis semanas; lo prudente entónces es dar el seno á los niños cada dos ó tres horas. El partero debe inculcar en el ánimo de ciertas madres lo conveniente que es y la obligacion que tienen de amamantar á sus hijos, siempre que estén sanas y sus pechos sean aptos para la lactancia. Las amonestaciones y excitativas se fundarán, en que tal es su destino conforme á las leyes de la naturaleza; en que obsequiando esas leyes trabajan en provecho propio, poniéndose á cubierto de los peligros que he apuntado por menor; y por último, en que los niños criados en el regazo materno son más sanos. El uso de chupones de lienzo (muñequillas) debe ser abolido, porque originan cólicos gastro-intestinales, aftas y algodoncillo.

3º La calidad de la leche, y si es adecuada ó no á la naturaleza y necesidades de un niño, no puede saberse por el exámen de sus cualidades físicas y químicas: el exámen microscópico es completamente inútil. *El úni-*

co reactivo de la calidad y apropiacion de una leche, es el niño mismo. La sola medida exacta de la suficiencia de una leche y de la asimilacion de sus principios nutritivos se tiene por medio de la balanza, que computa numéricamente los medros y las mermas. El peso de todo niño que esté en condiciones normales debe aumentar desde el tercer dia de nacido; si eso no sucede, la leche no le nutre, es insuficiente ó inapropiada. Si en ese caso no se aplica pronto remedio el niño enflaquece, y este enflaquecimiento puede conducirle hasta la inanicion, "muere de hambre y nada más que de hambre." Durante los primeros dias los niños sanos y bien desarrollados maman ocho ó diez veces cada veinticuatro horas, y el peso medio de la leche en cada mamada es sucesivamente 3, 15, 40, 55 gramos: durante los primeros meses, 60 ú 80, despues del 5º, 100 á 130. 400 gramos de buena leche por dia mantienen á un niño recien-nacido, pero éste no medra; menor cantidad le es insuficiente y viene la inanicion. Desde el 4º al 5º dia debe tomar 550 gr., término medio; más

adelante la cantidad ha de ir en aumento, de modo que si del primero al quinto mes mama de 550 á 750 gr., del 5º al 9º, de 750 á 950. *La inanicion y sus consecuencias solo pueden combatirse por la higiene. La terapéutica es impotente para componer y aumentar una leche escasa é inadecuada. Las lactancias artificial y mista, salvo una que otra excepcion que no deben ser jamás tomadas en cuenta, son perjudiciales; enferman y hacen morir á muchos niños. Si la leche materna no bastare, si no fuere á propósito, una buena nodriza es el mejor de los remedios.*

Un niño bien amamantado orina relativamente seis veces tanto como el adulto, y cuando ménos 360 gramos diarios. Consultar la humedad de los pañales es un buen medio de asegurarse de si la lactancia es suficiente ó no. Las madres ya prácticas recurren á este sencillísimo medio entre nosotros. Las evacuaciones alvinas negruzco-amarillentas, que suceden á las del meconio, aparecen al tercer dia y coinciden con la secrecion láctea; tan pronto como ésta se

perfecciona, las evacuaciones son amarillas. Las verdosas y verdes indican insuficiencia y falta de acomodacion de la leche.

4º No deben amamantar á sus hijos ni á los extraños las mujeres naturalmente débiles ó debilitadas, ni las afectadas de tubérculos, escrófula, sífilis, cáncer, epilepsía, gota; ni las irascibles y de mala índole, ni tampoco las que tengan el pecho y el pezon mal conformados.

5º Los asíduos cuidados de limpieza son una de las condiciones esenciales de la prosperidad y bienestar de los niños. Debe bañárseles diariamente, excepto en los dias muy frios; ascarles y mudarles ropa cada vez que evacuen ó meen, y limpiarles la boca con un lienzo húmedo luego que acaben de mamar. Al aseo personal debe añadirse el de sus vestidos y lecho y la renovacion frecuente del aire de la alcoba.

6º A los dos meses de nacidos, ó ántes si hubiere viruela, debe vacunarse á los niños, advirtiendo á la familia lo necesario que es el que un médico vea los granos entre el

7º y 8º dia, para que resuelva si están ó no bien vacunados.

7º Pasadas las seis primeras semanas, cuando ya no llore el niño al despertar, puede intentarse establecer cierta regularidad en la alimentacion. Esta regularidad, ante todo, debe subordinarse á las necesidades del niño, y no á las ocupaciones de la madre, ni á los caprichos del padre, de la familia y de las gentes ignorantes que quieren dar opinion en todo. Las necesidades de los niños tienen sus manifestaciones propias que las buenas madres entienden y saben interpretar y conocer mejor que nádie.



INDICE.



PAGINAS.

PAGINAS.

PAGINAS.



ERRATAS NOTABLES.

Página	1ª,	línea	13,	dice: eclampsía; léase: eclamsía.
,,	20,	,,	4ª,	dice: presentaciones y posicion; léase: presentaciones y posiciones.
,,	36,	,,	14,	dice: retension; léase: retencion.
,,	43,	,,	16,	dice: su regularidad; léase: su irregularidad.
,,	43,	,,	22,	dice: propia fuerza; léase: poca fuerza.
,,	44,	,,	17,	dice: zihuatlpatle; léase: zihuatlpatl.
,,	47,	,,	7,	dice: estómago recto; léase: estómago, recto.
,,	78,	,,	2,	dice: CRANIOTOMÍA; léase: CRANEOTOMÍA.
,,	80,	,,	26,	id. id.

